

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 6



Melhoria da Atenção à Saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus da Unidade Saúde da Família do Contador, Poço Branco-RN

Racquel Rolim Duarte

Pelotas, 2015

RACQUEL ROLIM DUARTE

**Melhoria da Atenção à Saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus da Unidade Saúde da Família do Contador, Poço
Branco-RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Programa de Pós- Graduação em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Zênia Monteiro Guedes dos Santos

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

D812m Duarte, Racquel Rolim

Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da Unidade Saúde da Família do Contador, Poço Branco-RN / Racquel Rolim Duarte; Zênia Monteiro Guedes Dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

68 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Doença Crônica. 4.Diabetes Mellitus. 5.Hipertensão. I. Santos, Zênia Monteiro Guedes Dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Lista de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1:: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. | |
| | 44 |
| Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde | 44 |
| Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo..... | 45 |
| Figura 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo..... | 46 |
| Figura 5: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico..... | 47 |
| Figura 6: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico..... | 48 |
| Figura 7: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. ... | 49 |
| Figura 8: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa..... | 49 |
| Figura 9: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento..... | 50 |
| Figura 10: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento..... | 51 |
| Figura 11: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia..... | 52 |
| Figura 12: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia..... | 52 |
| Figura 13: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular..... | 53 |
| Figura 14: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular..... | 54 |
| Figura 15: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. | |
| | 54 |
| Figura 16: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. | |
| | 55 |

Lista de abreviaturas/siglas

APS – Atenção Primária a Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVC – Acidente vascular cerebral

AVE – Acidente vascular encefálico

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

DCV – Doença Cardiovascular

DM – Diabetes Mellitus

EaD- Ensino a Distância

ECG – Eletrocardiograma

ECO – Ecocardiograma

ESF – Equipe de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HGT – Hemoglicoteste

IAM – Infarto agudo do miocárdio

IMC – Índice de Massa Corporal

INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA – Pressão Arterial

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNI – Programa Nacional de Imunização

SUS – Sistema Único de Saúde

SAMU – Sistema de Atendimento Médico de Urgência

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPeI – Universidade Federal de Pelotas

UNASUS- Universidade Aberta do SUS

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

| | |
|---|----|
| Apresentação | 8 |
| 1 Análise situacional..... | 9 |
| 1.1 Texto inicial sobre situação da ESF/APS | 9 |
| 1.2 Relatório da análise situacional | 11 |
| 2.1 Justificativa..... | 17 |
| 2.2 Objetivos e metas | 18 |
| 2.2.1 Objetivo geral | 18 |
| 2.2.2 Objetivos específicos | 18 |
| 2.2.3 Metas | 18 |
| 2.3 Metodologia..... | 20 |
| 2.3.1 Detalhamento das Ações | 20 |
| 2.3.2 Indicadores | 30 |
| 2.3.3 Logística | 34 |
| 2.3.4 Cronograma | 37 |
| 3 Relatório da intervenção..... | 38 |
| 3.1 Ações previstas e desenvolvidas..... | 38 |
| 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas..... | 41 |
| 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados | 41 |
| 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços..... | 42 |
| 4 Avaliação da intervenção..... | 43 |
| 4.1 Resultados..... | 43 |
| 4.2 Discussão..... | 55 |
| 4.3 Relatório da intervenção para comunidade | 57 |
| 4.4 Relatório da intervenção para os gestores | 58 |
| Bibliografia..... | 64 |
| Anexos..... | 65 |
| Anexo 1 – Ficha Espelho (Frente)..... | 65 |
| Anexo 2 – Ficha Espelho (Verso)..... | 66 |
| Anexo 3– Planilha de Coleta de dados | 67 |
| Anexo 4 – Documento do comitê de ética..... | 68 |

Resumo

DUARTE, Racquel Rolim. **Melhoria da Atenção à Saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Unidade Saúde da Família do Contador, Poço Branco-RN.** 2015. 68f. Trabalho de Conclusão de Curso – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, modalidade à distância (EaD). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A intervenção ocorreu na Unidade de Saúde da Família denominada do Contador, na zona rural do município de Poço Branco, Rio Grande do Norte, entre outubro a dezembro de 2014, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. A partir do diagnóstico situacional dessa unidade podemos identificar uma maior necessidade de realizar a intervenção nessa ação programática. Implementamos ações incluídas no projeto de intervenção que refletissem na melhoria da qualidade da saúde dos usuários adstritos. Seu monitoramento ocorreu semanalmente, com coleta e preenchimento de dados nas planilhas e fichas-espelho a fim de garantir melhor registro. Realizamos a capacitação da equipe, bem como determinamos sua atuação profissional nesse período. Fizemos busca ativa dos usuários faltosos, garantindo os princípios de equidade e universalidade. Antes da intervenção, a cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes apresentava-se 18 (10,1 %) e 8 (16,6%), respectivamente. Após intervenção, a cobertura desses usuários foi de 169 (94,9%) e 48 (100%), respectivamente. Alcançamos 100% na maioria dos indicadores de qualidade nos quatro eixos temáticos: organização do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. Avaliamos garantia do exame físico adequado, com realização do exame do pé diabético e o cálculo do risco cardiovascular de cada usuário assistido. Cada consulta era registrada na ficha espelho, bem como seu acompanhamento, exames complementares e medicações. Em geral, a intervenção apresentou resultado positivo, uma vez que proporcionou a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, alcance das metas preconizadas no projeto. Encontramos dificuldades na realização dos exames complementares, conforme recomendação do protocolo do Ministério da Saúde, pois, o laboratório municipal, além de não realizar alguns exames como microalbuminúria, enviava-os com atraso. Acreditamos que a equipe, a gestão municipal e a comunidade entenderam os benefícios das ações e que elas serão incorporadas a rotina da DO CONTADOR, em Poço Branco – RN.

Palavras-chave: Saúde Da Família, Atenção Primária À Saúde, Doença Crônica, Diabetes Mellitus, Hipertensão

Apresentação

Este trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família- Modalidade Ensino à Distância da Universidade Federal de Pelotas, em parceria com a Universidade Aberta do SUS intitula-se Melhoria da Atenção à Saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde da Família do Contador, no município Poço Branco-RN.

Apresenta-se em cinco capítulos. O primeiro denomina-se Análise Situacional e menciona a estrutura física, a organização do trabalho, a disponibilidade de insumos da UBS, entre outras. O segundo capítulo intitula-se Análise Estratégica, a partir da análise situacional, escolheu-se o tema da intervenção, os objetivos gerais e específicos, as metas previstas, a metodologia, com suas respectivas ações e indicadores, bem como logística de sua execução e alcance dessas metas.

O terceiro capítulo denomina-se Relatório da Intervenção. Esse relatório corresponde às ações desenvolvidas durante o período de intervenção aos hipertensos e diabéticos adstritos, contemplando os eixos temáticos abordados: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

No quarto capítulo apresenta-se a Avaliação da Intervenção, na qual se encontram descritos os resultados obtidos após período da intervenção. Além disso, descreveu-se breve discussão sobre a continuidade do projeto na USF. Ainda, observa-se a exposição dos relatórios dessa intervenção à comunidade e aos gestores para que esses segmentos tomem conhecimento do que foi realizado nesse período.

Este trabalho, portanto, finalizou com a reflexão sobre o processo pessoal de aprendizagem, com o intuito de compartilhar as angústias e experiências vividas durante o curso.

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre situação da ESF/APS

O município de Poço Branco está localizado a 69 km da capital do Rio Grande do Norte, Natal. Possui cerca de 14.000 habitantes e estes são assistidos por seis USF's bem estruturadas. O hospital da cidade funciona com carência de recursos humanos e materiais, e mesmo a rede básica funcionando de maneira satisfatória no que diz respeito a quantidade de equipes e profissionais e à assistência prestada o hospital se depara com uma grande demanda de atendimento ambulatorial.

Não há NASF nem CEO implementado em Poço Branco, no entanto, existe um centro clínico que conta com alguns profissionais: fisioterapeuta, psicólogo, ginecologista, cirurgião geral, nutricionista. Nesse local são realizados os exames laboratoriais e USG. A parte de bioquímica é disponível todos os dias da semana até as 12h00min, a realização de USG acontece mensalmente.

A USF do Contador localiza-se na Zona Rural e atende uma população aproximada de 1900 habitantes, conta com 1 equipe composta por: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicas de enfermagem, 1 dentista, 1 ACD, 5 agentes comunitários de saúde e 1 asg/porteiro.

Em relação à estrutura física a USF é composta por uma recepção/sala de espera, 3 consultórios (médico, enfermeiro e dentista), sala de vacinas, sala de procedimentos, 2 banheiros (usuários e funcionários), almoxarifado. O mesmo espaço é utilizado para que se faça a triagem, armazenamento de prontuários e sala de espera; a sala de vacina não contém geladeira (as vacinas são armazenadas em uma caixa térmica) nem ar condicionado e nesse ambiente são armazenados e entregues medicamentos à população; os curativos e nebulização são realizados em um espaço pequeno e sem ventilação. Há o consultório médico, do enfermeiro (a) e do dentista (único climatizado). Existe ainda um banheiro para pacientes e outro para funcionários, esse se localiza dentro do consultório médico dificultando o

processo de trabalho pelo fato das consultas serem frequentemente interrompidas para que o banheiro seja utilizado.

Mesmo com espaço físico inadequado a equipe consegue desempenhar as funções sem maiores problemas realizando quinzenalmente reuniões que objetivam melhoria no processo de trabalho; em uma dessas reuniões ficou acordado entre os profissionais que a sala de curativos seria utilizada como sala de triagem com a colocação de um ventilador para amenizar a deficiência de ventilação natural, a técnica de enfermagem que exerce a função de recepcionista recebe ajuda da outra profissional da área para que não seja sobrecarregada, os funcionários utilizam o banheiro no intervalo entre uma consulta e outra.

A convivência entre os profissionais da equipe ocorre de forma bastante harmoniosa e quando há alguma discordância as reuniões servem para colocá-las em debate. As atribuições dos profissionais são as seguintes: a médica é responsável pelas consultas clínicas, prescrição de medicamentos, acompanhamento do HIPERDIA, pré-natal; a enfermeira é responsável pelo pré-natal, crescimento e desenvolvimento, planejamento familiar, além de coordenar a equipe e alimentar os sistemas da atenção básica; o dentista fica encarregado das consultas odontológicas e é auxiliado pela assistente de consultório dentário; as técnicas de enfermagem realizam a triagem, vacinas, agendamento de consultas; o porteiro fica encarregado da limpeza da unidade e os agentes de saúde mantem o contato mais próximo com os usuários fazendo visitas diariamente, agendando visitas com os outros profissionais (médico, enfermeiro, dentista).

A questão da triagem de pacientes com classificação de risco não ocorre de maneira satisfatória e por tal motivo diversas vezes o médico fica sobrecarregado, com um número de consultas além do esperado; apesar disso já ter sido explicado o excesso de demanda espontânea continua dificultando o bom andamento do atendimento médico deixando tanto o profissional quanto o usuário insatisfeitos. O agendamento das consultas também foi recebido de forma negativa pelos usuários, principalmente por aqueles que moram mais distantes e sentiram-se prejudicados por ter que se deslocar duas vezes até a UBS, conseguimos resolver tal impasse separando algumas fichas para esses usuários de modo que o atendimento seja garantido mesmo sem agendamento prévio. Mesmo com excesso de demanda espontânea todos os pacientes que procuram a unidade são prontamente atendidos

e após são feitas as orientações necessárias a respeito do agendamento, dias e horários das consultas, número de pacientes atendidos diariamente. Todas essas informações encontram-se afixadas em um mural na entrada do posto de saúde.

O atendimento médico é realizado quatro dias da semana, distribuídos dessa maneira: terça-feira (visitas domiciliares+ 5 consultas+ 5 urgências); quarta-feira e sexta- feira (atendimento geral 20 consultas+ 5 urgências); quinta-feira (Pré-natal e Hiperdia- demanda livre com agendamento das gestantes). Todas as consultas são agendadas no dia anterior porque mensalmente ou quinzenalmente os usuários esqueciam as consultas e, além disso, a demanda espontânea era muito maior devido os agravos agudos à saúde.

1.2 Relatório da análise situacional

A USF atende a população com execução de ações e serviços de saúde desde o recém-nascido até a pessoa idosa. Essa execução torna-se fundamental para mapear a área geográfica e conhecer o perfil epidemiológico e socioeconômico da população adstrita. É com esse objetivo que as ações programáticas se incluem na USF ,na busca pelo aperfeiçoamento dos atendimentos já realizados aos usuários, ampliando esse acesso e melhorando as atividades já realizadas. A USF possui uma estrutura física pequena com sala de enfermagem, consultório médico, odontológico e de enfermagem, além de sala de curativo e de vacinas. Nessa unidade, funciona uma equipe de estratégia saúde da família, que contempla o médico, enfermeiro, odontologista, técnica de enfermagem, técnica em saúde bucal e cinco ACS. Nossa área de abrangência inclui alguns sítios e povoados vizinhos a saber: Acauã, Lagoa do Carpina, Melancias, Assentamento Santa Luzia II, Assentamento Nossa Senhora da Piedade. No momento, possuímos cerca de 316 famílias cadastradas, totalizando 1.900 usuários. Com a implementação do e-SUS, esse número atualiza-se constantemente. Dessa forma, esperamos que esse novo cadastro nos auxilie no reconhecimento do real número dos usuários hipertensos e diabéticos em nossa área.

Em nossa ação vamos buscar todos os usuários hipertensos e diabéticos para cadastramento no HIPERDIA, com o objetivo de identificar o número real de

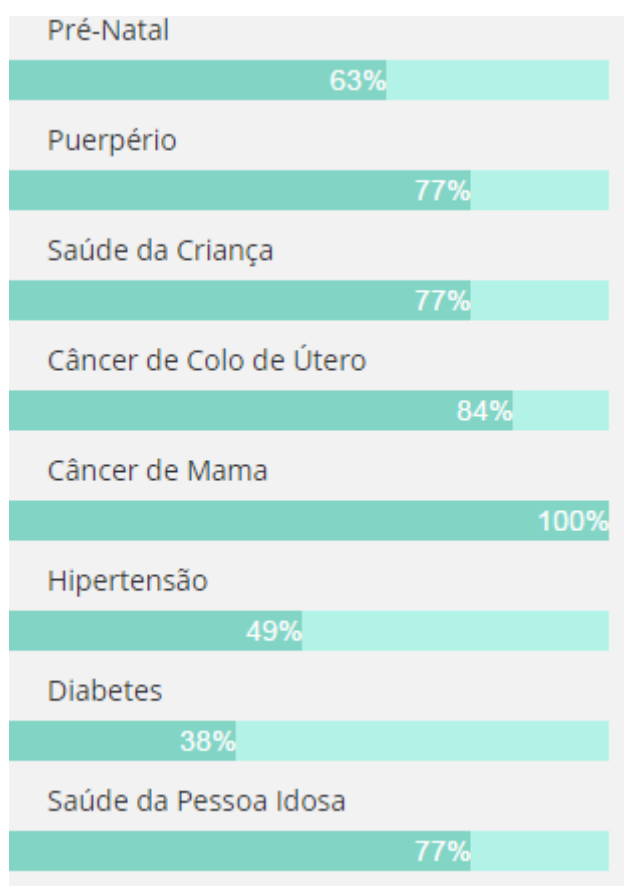
usuários com hipertensão e diabetes e oferecer a essas pessoas um acompanhamento adequado. Atualmente, a cobertura de usuários cadastrados equivale a 10,1% dos hipertensos e 16,6% dos diabéticos.

A avaliação clínica é baseada nas orientações do Ministério da Saúde, priorizando ações como avaliação antropométrica, avaliação de sensibilidade dos membros inferiores, solicitação de fundoscopia, eletrocardiograma e orientação nutricional com especialista. Como forma de melhorar os conhecimentos desses usuários sobre suas enfermidades, semanalmente realizamos encontros abordando temas que envolvam cuidados alimentares, uso correto das medicações, prática esportiva, suspensão do álcool e tabagismo. Dessa maneira, conhecemos melhor nossos usuários e transmitimos informações que os ajudem a melhorar sua qualidade de vida e diminuir o risco cardiovascular. Assim, a expectativa dessa ação é a melhoria da qualidade de vida em longo prazo, por saber que a HAS e DM apresentam complicações agudas e crônicas responsáveis pela principal causa de óbitos, que são as cardiovasculares.

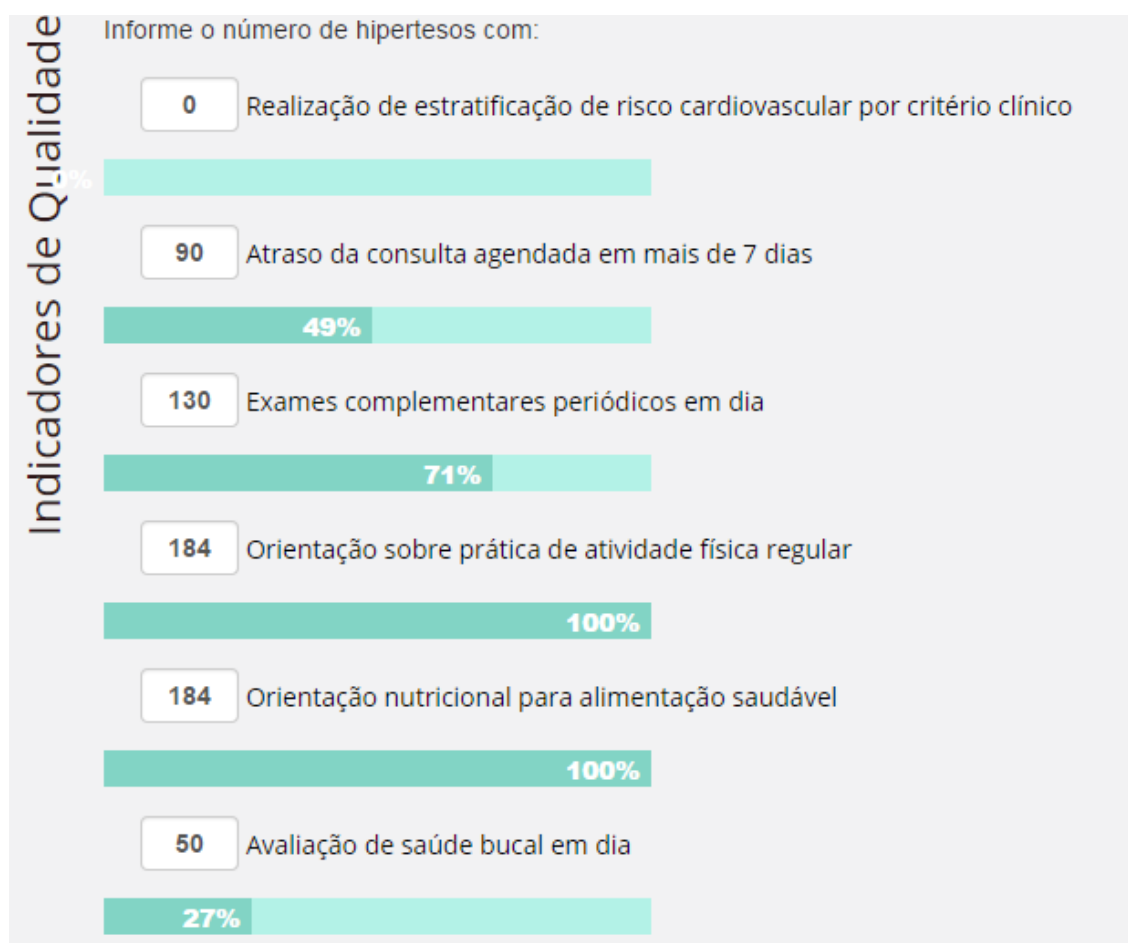
1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Toda a equipe participará dessa ação da seguinte maneira: busca ativa dos usuários realizada pelos agentes de saúde, avaliação de exames e medicações pela enfermeira, medidas antropométricas, pressão arterial e glicoteste pela técnica de enfermagem e avaliação clínica pelo médico da família. As limitações encontradas serão principalmente a não realização e o atraso de exames complementares e a dificuldade em referenciar para especialistas. Após a análise situacional da USF em que atuamos ficou notório em quais pontos possuíamos fragilidade e onde poderíamos criar uma intervenção. As avaliações realizadas possibilitaram melhorias de várias ações na unidade, como saúde escolar, pré-natal e puerpério, rastreamento do câncer de mama e colo uterino. Essas ações foram debatidas em reuniões e as melhorias são resultados da ação de toda equipe em acolher melhor o usuário, entender suas queixas, orientar a população e realizar busca ativa aos usuários que necessitavam de acompanhamento ou rastreamento. Nas primeiras reuniões realizadas na unidade, ao serem levantadas quais as dificuldades que a

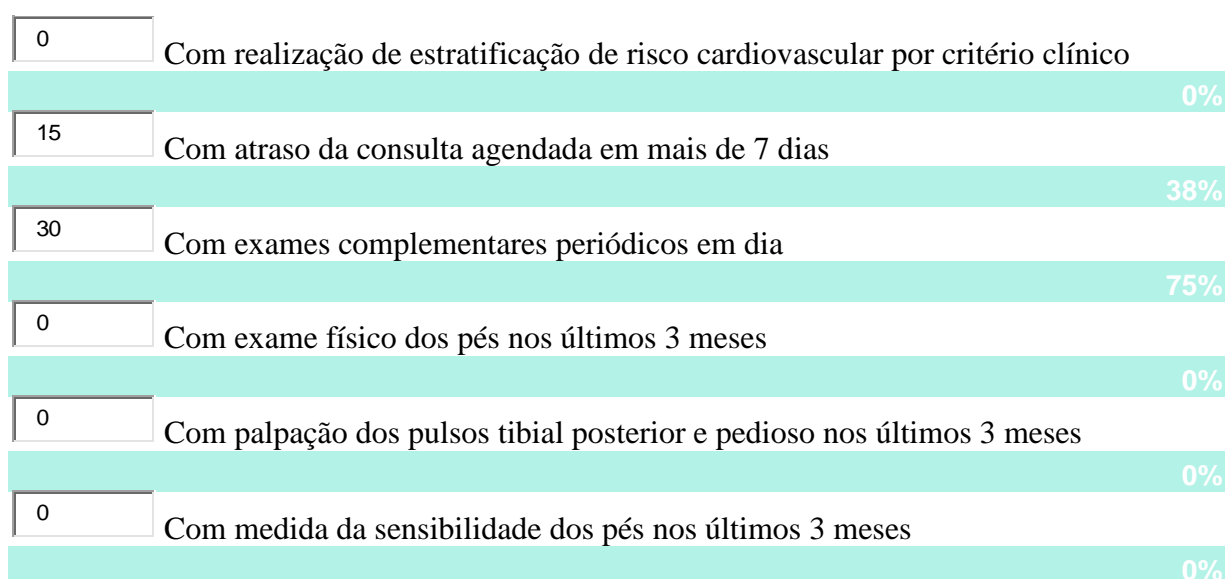
equipe vinha apresentando, os ACS, relataram a necessidade de um atendimento voltado para os usuários com hipertensão e diabetes que, muitas vezes, não tinham um acompanhamento adequado de suas patologias, comparecendo a unidade apenas para renovar receitas trimestralmente. Durante o preenchimento do caderno de ações programáticas, mostrou-se claro quais fragilidades a unidade possuía.



Ao avaliar o caderno de ações programáticas, além do número inferior de usuários hipertensos cadastrados no HIPERDIA, o acompanhamento dos mesmos não vinha sendo realizado de maneira satisfatória, segundo o recomendado pelo Ministério da Saúde.



A observação dos indicadores de qualidade para os usuários diabéticos mostrou que também havia deficiência na atenção aos mesmos e que medidas simples, como a avaliação da sensibilidade dos pés e avaliação dos pulsos não são realizadas.



| | | |
|----|--|------|
| 40 | Com orientação sobre prática de atividade física regular | 100% |
| 40 | Com orientação nutricional para alimentação saudável | 100% |
| 13 | Com avaliação de saúde bucal em dia | 33% |

Inicialmente já existia um dia na semana que priorizava o atendimento do HIPERDIA; além disso, a cada semana 2 agentes de saúde ficava responsáveis pelo agendamento dos hipertensos e diabéticos de sua área e a cada semana eram realizadas reuniões em grupo para abordar cuidados em saúde

Para a implantação da intervenção sobre o HIPERDIA refletimos sobre os pontos de abrangência da ação e percebemos que ela deverá contar com melhorias na organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

A análise do protocolo possibilitou uma visão mais ampla das ações que devemos realizar na unidade como forma de melhorar os indicadores de saúde.

Ampliação do cadastramento dos usuários no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde é o passo inicial para observar o real número de usuários necessitando do atendimento. Essa ação vem sendo realizada pelos ACS, entretanto deve ser intensificada pela difusão da importância desse acompanhamento e até mesmo da existência desse cadastro onde muitos usuários não tinham conhecimento dessa ação.

Na qualidade e registro do atendimento a ficha de atendimento de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde vem sendo de grande importância, pois, exigem a realização das avaliações antropométricas, pressão arterial, glicemia, complicações ou intercorrências, medicações em uso e exames complementares avaliados (como a microalbuminúria, muitas vezes não solicitados em pacientes diabéticos).

Outros pontos ainda foram acrescentados após a leitura dos cadernos de atenção básica que abordam o tema diabetes e a hipertensão arterial, como avaliação oftalmológica, medida da cintura abdominal, avaliação risco

cardiovascular, sensibilidade dos pés, palpação dos pulsos pediosos, acompanhamento com a nutricionista e orientações gerais.

A avaliação oftalmológica vem sendo difícil, pois, necessita da marcação através da ficha de referencia, demorando cerca de três a quatro meses

Os exames complementares vêm sofrendo atrasos, os aparelhos destinados a esse fim quebram com frequência, gerando atrasos e desconforto aos usuários que por vezes necessitam de duas ou três coletas da amostra de sangue para completar os exames solicitados. Essa dificuldade tem levado alguns usuários a buscarem os serviços particulares.

As orientações sobre mudança no estilo de vida são informadas de forma mais ampla nas reuniões semanais que ocorrem antes das consultas e reforçadas durante os atendimentos individuais dos pacientes.

Os agentes de saúde possuem um controle sobre os participantes faltosos e realizam visitas domiciliares para averiguar o motivo da ausência do usuário.

Acreditamos que essa mudança de atitude e cuidado para com nossos usuários é a maneira correta para melhorar nossa assistência a saúde dos mesmos e que à medida que as ações forem se concretizando consigamos melhorar os indicadores de qualidade.

2 Análise estratégica

2.1 Justificativa

No Brasil a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representam ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise, segundo dados do MS (cadernos de atenção básica de HAS e DM)

Evidências demonstram que estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade. Esse desafio é, sobretudo, da Atenção Básica, notadamente da Estratégia Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional.

A Unidade de Saúde da Família (USF) do Contador possui certa precariedade em sua estrutura física, não há sala específica para triagem nem um espaço propício para realização de reuniões. A equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) está completa e todos os profissionais empenhados em desenvolver uma ação programática que ofereça melhorias concretas para a comunidade.

A área adstrita conta com 316 famílias e aproximadamente 1900 usuários, segundo o caderno de ações programáticas há 184 pacientes hipertensos e 40 pacientes diabéticos. Durante a análise situacional revisamos os prontuários clínicos de todas as famílias acompanhadas na USF e as anotações dos agentes de saúde e chegamos a um número de 178 pacientes hipertensos e 44 pacientes diabéticos.

Seguindo a tendência mundial, há um grande número de usuários hipertensos e diabéticos na área adstrita a USF. No entanto, a cobertura dessa população encontra-se abaixo do esperado e nenhuma ação programática tem sido realizada para engaja-los de maneira mais eficaz, dessa forma, muitos deles não aderem à terapêutica e não comparecem à unidade.

Desenvolver intervenção voltada para população hipertensa e diabética é necessária para promover melhoria na qualidade do acompanhamento desses

usuários, prevenindo complicações, aumentando expectativa de vida, melhorando qualidade de vida. O engajamento da equipe permite que diversos aspectos nessa assistência sejam melhorados.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção à Saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Unidade básica de Saúde do Contador, Poço Branco-RN

2.2.2 Objetivos específicos

- 1) Ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos;
- 2) Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
- 3) Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;
- 4) Melhorar o registro das informações;
- 5) Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular;
- 6) Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

O atual projeto incluirá todos os usuários hipertensos e diabéticos que estejam na área adstrita a unidade básica de saúde do Contador, situada na zona rural do município de Poço Branco no estado do Rio Grande do Norte.

Para que o projeto decorra de forma satisfatória é necessário que aja o engajamento, além dos usuários participantes e cadastrados, dos profissionais que compõem a equipe da estratégia de saúde da família.

2.3.1 Detalhamento das Ações

O objetivo principal do presente projeto de intervenção desenvolvido na USF do Contador, na zona rural da cidade de Poço Branco/RN é proporcionar melhorias efetivas na atenção à saúde de hipertensos e diabéticos do referido local, para isso se faz necessário a realização de ações que abranjam os quatro pontos fundamentais da intervenção: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação das metas, engajamento público e a qualificação da prática clínica. A seguir o detalhamento das referidas ações de acordo com os objetivos a serem alcançados.

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta: Cadastrar 80% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Monitoramento e avaliação:

Semanalmente os usuários já acompanhados na unidade de saúde, bem como os que forem sendo diagnosticados terão preenchida uma ficha-espelho (ANEXO II) que será anexada ao prontuário, além disso, será feito o registro do atendimento na planilha de coleta de dados (ANEXO III) e dessa forma serão gerados indicadores que mostrarão a ampliação da cobertura desses usuários comparativamente ao longo das 12 semanas de intervenção.

Organização e gestão do serviço:

Os usuários hipertensos e/ou diabéticos serão atendidos em livre demanda na UBS de acordo com sua necessidade e cadastrados no HIPERDIA. Aqueles que são diagnosticados no momento da consulta ou que apresentam fatores de risco para as morbidades terão uma consulta agendada imediatamente. O rastreamento desses pacientes em risco é realizado pela verificação da pressão arterial com auxílio do esfigmomanômetro e da glicemia capilar pelo glicoteste.

Engajamento público:

Para que a população se envolva com determinado projeto é necessário que a mesma conheça tal projeto. Dessa forma serão realizadas reuniões semanais dirigidas à população com o objetivo de alertá-la em relação às modificações de estilo de vida necessárias para promover à saúde dos usuários.

Além disso, os agentes comunitários de saúde irão distribuir panfletos em suas visitas alertando para os principais fatores de risco e sintomas mais comuns, esses panfletos também estarão disponíveis na unidade básica de saúde.

Qualificação da Prática Clínica:

A equipe multiprofissional precisa estar capacitada para fornecer informações e orientações que sejam úteis à população que assiste; é preciso também que a equipe consiga rastrear pacientes em risco e encaminha-los à unidade de saúde. Com esse propósito serão ministradas aulas abordando conceito, fisiopatologia, método diagnóstico, tratamento, prevenção primária e secundária de HAS E DM, capacitando assim os profissionais da unidade para atender a demanda de dúvidas da população em relação às patologias.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: 100% dos usuários avaliados

Organização e gestão do serviço:

Os usuários já diagnosticados terão suas consultas agendadas semanalmente às quintas-feiras de acordo com o agendamento realizado previamente pelos agentes comunitários de saúde da seguinte maneira: são cinco microáreas atendidas na unidade, assim sendo, em uma semana são contemplados os usuários das duas microáreas com maior número de hipertensos/diabéticos e na semana posterior os usuários das outras três microáreas. Quando há necessidade de um usuário ser atendido numa semana não correspondente a da sua microárea ele é encaixado a agenda da semana sem maiores problemas.

Além das consultas agendadas às quintas-feiras os usuários têm a liberdade de procurar atendimento durante qualquer dia da semana de acordo com a demanda espontânea e aqueles que possuem dificuldade de mobilidade seja ela permanente ou não têm sua avaliação garantida nas visitas domiciliares que são realizadas todas as terças-feiras.

Os agentes comunitários de saúde atualizam sua lista de hipertensos/diabéticos semanalmente e quando identificam um usuário faltoso às consultas imediatamente comparecem a sua casa para reagendar o atendimento de forma que o acompanhamento desses usuários seja realizado de maneira mais criteriosa.

Engajamento público:

As palestras realizadas abordando temas referentes à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melitus têm a função de proporcionar aos usuários um momento de interação maior com a equipe e entre eles próprios possibilitando troca de experiências, relatos pessoais que os ajudam a vivenciar a enfermidade de uma maneira mais abrangente a partir do momento que a conhece melhor. O entendimento da patologia favorece a melhor adesão ao tratamento e uma maior conscientização no que diz respeito às mudanças de estilo de vida necessárias para melhorar consideravelmente a qualidade de vida deles próprios.

Toda a população é convidada a participar das palestras uma vez que é preciso estimular os usuários a comparecer, esse convite é feito durante os atendimentos diários, nas visitas domiciliares, nos grupos comunitários. Precisamos sensibilizar os familiares para conseguir um maior contato com os portadores das patologias obtendo maior sucesso no tratamento.

Qualificação da Prática Clínica:

É essencial priorizar a qualidade das ações de intervenção e assim sendo precisamos acompanhar os usuários de maneira criteriosa dando enfoque ao: exame físico, seguimento laboratorial, adesão ao tratamento medicamentoso, seguimento das orientações feitas pelos profissionais, dessa forma estaremos melhorando a qualidade do nosso atendimento.

Realizar exame clínico apropriado:

Um exame clínico apropriado engloba toda a rotina do acompanhamento clínico daquele paciente seja ela: exame físico, exames laboratoriais, medicação utilizada. Todos os dias ocorrem avanços na área de pesquisas referente a HAS e DM e por tal motivo é necessário que estejamos atualizados para proporcionar um atendimento qualificado à população.

Para nortear a realização do exame físico adequado, a solicitação de exames complementares e a prescrição correta de medicamentos fazemos uso de um protocolo que está disponível na unidade.

- Garantir aos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares:

Sabemos que o acompanhamento adequado de hipertensos/diabéticos requer a solicitação de exames complementares periodicamente. Infelizmente no município de Poço Branco enfrentamos dificuldades nesse acesso, os exames demoram muito tempo para serem realizados e para terem seus resultados liberados. Para agilizar esses exames ficou acertada em reunião com a secretária de saúde do município que os pacientes que possuíam risco cardiovascular elevado e/ou alguma outra morbidade relacionada à HAS e DM teria prioridade na realização dos seus exames. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular

A melhoria da atenção aos usuários hipertensos/diabéticos envolve também a acessibilidade destes ao tratamento que lhes é prescrito. Na maioria das vezes a

medicação é disponibilizada pela farmácia popular, no entanto, diversas vezes ocorre desabastecimento dessas farmácias e os usuários acabam ficando sem medicação quando não têm condições de comprá-la. Algumas vezes a medicação do HIPERDIA encontra-se disponível na própria unidade facilitando o acesso dos usuários à medicação já que não os obriga a deslocar-se até a cidade para adquirir a medicação.

Em uma reunião com a equipe ficou decidido que à medida que as medicações fossem acabando a responsável por sua entrega iria comunicar à enfermeira para que o estoque fosse repostado com o objetivo de diminuir a falta de medicação na unidade e facilitar o acesso dos usuários à terapia medicamentosa instituída. Ficou também acertado na mesma reunião que o médico se comprometeria que, na medida do possível, prescreveria medicações disponíveis na lista de medicamentos do HIPERDIA.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico

O atendimento odontológico faz parte do exame clínico do paciente e faz-se necessário em todos aqueles que comparecem à unidade básica. Ao discutir com a equipe tomamos a decisão que qualquer paciente que adentrasse a unidade teria realizada uma avaliação da necessidade de atendimento odontológico e de acordo com esta teria uma consulta agendada com o dentista para programar o tratamento necessário.

Monitoramento e avaliação:

O monitoramento e avaliação da qualidade da atenção aos usuários hipertensos/diabéticos será registrado na ficha-espelho de cada paciente anexada ao prontuário individual, esses dados que englobam desde a realização de exame clínico adequado, acompanhamento laboratorial, estratificação de risco cardiovascular até aspectos de aconselhamento de mudança de estilo de vida e prática de exercícios físicos serão também registrados na planilha de coleta de dados semanalmente e dessa maneira serão gerados indicadores mensais que demonstram a evolução dessa qualidade de atendimento durante todo o período da intervenção.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Metas: realizar busca ativa a 100% dos usuários faltosos

Organização e gestão do serviço:

Durante o mapeamento da área adstrita à unidade foi perceptível que havia pequena adesão de usuários hipertensos/diabéticos e que era necessário dar um maior suporte aos mesmos. Apesar de já existir um dia específico para o atendimento dos mesmos o comparecimento às consultas restringia-se à renovação das receitas sem a preocupação com os outros aspectos desse acompanhamento.

A partir dessa constatação e com o objetivo de melhorar essa adesão começamos a dar ênfase ao atendimento a esses pacientes melhorando a qualidade das consultas (como citado anteriormente), solicitando exames periódicos, agendando consultas de acordo com a necessidade, realizando visitas domiciliares frequentes, aumentando a disponibilidade de medicação, realizando palestras educativas, fortalecendo o vínculo com familiares.

Apesar de todas essas ações ainda existem usuários faltosos e para esses adotamos a sistematização das faltas da seguinte forma: ao fazer a planilha de atendimentos semanais os agentes comunitários de saúde observam cada um em sua planilha qual o usuário que estava com consulta marcada que não compareceu à unidade, a partir daí realiza uma visita a casa para diagnosticar o problema e reagendar à consulta, nesse momento é entregue uma ficha ao usuário com o dia e a hora que deve comparecer à unidade.

Além disso, aproveitamos a visita do usuário à unidade para qualquer atendimento para monitorar o seu tratamento da seguinte maneira: quando o usuário hipertenso/diabético comparece à unidade a qualquer momento têm todo o seu prontuário individual avaliado para observar se o seu acompanhamento está sendo realizado de maneira adequada e assim não perdemos a oportunidade de avaliar o usuário.

Engajamento público:

É necessário estimular os usuários a buscar informações a respeito de hábitos de vida saudáveis objetivando sempre melhoria da qualidade de vida e

aumento da expectativa de vida com promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde através das reuniões realizadas semanalmente.

Qualificação da Prática Clínica:

A qualificação clínica dos profissionais favorece a melhoria da adesão uma vez que quando capacitados para prestar esclarecimentos aos usuários sobre determinado assunto e com uma maior propriedade sobre determinada enfermidade é mais fácil de convencer o usuário a aderir ao tratamento de forma correta e conseguir êxito nessa tentativa.

Monitoramento e avaliação:

O monitoramento da adesão dos usuários é realizado por meio do comparecimento ou não às consultas agendadas, esse acompanhamento é registrado na ficha-espelho e também na planilha de agendamento dos agentes comunitários de saúde. Semanalmente os dados são repassados à planilha de coleta de dados e mensalmente são gerados indicadores correspondentes à adesão dos usuários ao serviço prestado.

Relativa ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações;

Meta: 100% registros realizados

Organização e gestão do serviço:

Durante a capacitação da equipe todos serão apresentados ao material que será utilizado durante a intervenção e todos estarão aptos à realizar registro dos usuários hipertensos/diabéticos. Tal registro será o pontapé inicial para o desenvolvimento de toda a intervenção por esse motivo é necessário que seja criterioso e bem executado abordando os princípios básicos da intervenção.

Serão utilizados fichas-espelhos anexadas ao prontuário individual e a intervenção terá suas ações baseadas em um protocolo de conduta. Ambos os documentos estarão disponíveis na UBS para acesso de todos os profissionais. Cartazes explicativos e boletins informativos também serão disponibilizados na unidade para esclarecimento dos objetivos e da execução da intervenção.

Engajamento público:

Durante a intervenção e utilizando as palestras realizadas à população como meio de disseminação de conhecimentos os resultados mensalmente obtidos serão repassados a população para que a mesma tenha conhecimento das melhorias proporcionadas e opine para possíveis modificações a serem realizadas assumindo um caráter participativo importante durante todo o processo interventivo.

Qualificação da Prática Clínica:

Durante a capacitação a equipe será apresentada à ficha-espelho que servirá de norteador do seguimento dos usuários hipertensos/diabéticos e a partir de onde todas as informações a respeito das ações propostas na intervenção serão retiradas. As reuniões semanais serão uma forma de a equipe acompanhar o andamento da intervenção e se posicionar em relação aos benefícios e/ou dificuldades que estão vivenciando nesse processo.

Monitoramento e avaliação:

O registro realizado de maneira adequada irá proporcionar um melhor monitoramento das ações a serem desenvolvidos através dos indicadores gerados a partir das informações obtidas, e como já dito anteriormente os indicadores servem para expressar numericamente o impacto da intervenção na atenção aos usuários.

Relativa ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;

Meta: avaliar risco cardiovascular de 100% dos usuários

Organização e gestão do serviço:

É sabido que as doenças cardiovasculares (DCV) perfazem a maior causa de morte em nosso país, dessa maneira enfatizar a estratificação de risco dos usuários para essas doenças garante que seja posto em prático um dos princípios do SUS, a equidade, de forma a oferecer a pacientes com maior risco uma atenção maior. Essa atenção maior abrange desde exames específicos bem como a garantia a consultas especializadas. Pela grande dificuldade de garantir esse fluxo aos especialistas de maneira facilitada, foi acertado com a secretária municipal de saúde que ao avaliar-

se um usuário de risco esse seria referenciado com urgência ao especialista e a viabilização desse atendimento seria garantida pela secretaria municipal de saúde.

A equipe estará sempre atenta aos pacientes com estratificação de risco moderada a elevada para garantir o acesso a exames e/ou consultas de maneira mais eficiente.

Engajamento público:

A classificação de risco utilizada para estratificar os usuários é realizada por meio do estudo de Framingham e para que a equipe e a própria população entenda como isso funciona e qual o objetivo de ser feito será abordada em uma das palestras como esse estudo foi realizado e a que se destina.

Qualificação da Prática Clínica:

A partir do protocolo utilizado para nortear as ações a serem desenvolvidas, os usuários em suas consultas agendadas serão estratificados de acordo com o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Isso garantirá a determinação da periodicidade das consultas, solicitação de exames laboratoriais, referenciamento para especialistas. Todos os usuários são esclarecidos no tocante aos riscos do tabagismo, prática de exercícios físicos e modificação do estilo de vida.

A classificação acontece da seguinte maneira: risco leve/intermediário: tabagismo, hipertensão, obesidade, sedentarismo, história familiar de evento cardiovascular prematuro (< 55 anos em homem e < 65 em mulheres), sexo masculino, idade > 65 anos. Os fatores de alto risco quando presentes já classificam o indivíduo como de alto risco para eventos cardiovasculares, são eles: acidente vascular encefálico (AVE) prévio, infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio, lesão periférica – lesão de órgão-alvo (LOA), ataque isquêmico transitório (AIT), hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE), nefropatia, retinopatia, aneurisma de aorta abdominal, estenose de carótida sintomática e diabetes mellitus.

Monitoramento e avaliação:

No início do projeto de intervenção nenhum usuário tinha sido avaliado em relação ao seu risco cardiovascular e isso passou a ser feito diariamente a cada

consulta. O monitoramento desse risco é anotado na ficha-espelho e a cada nova consulta o usuário é reclassificado. A exemplo de todas as outras ações englobadas na intervenção, a estratificação de risco também é registrada na planilha de coleta de dados e avaliada de acordo com os indicadores gerados ao longo do processo.

Relativa ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal para 100% dos usuários HIPERDIA.

Organização e gestão do serviço:

Ações que envolvam promoção de saúde e prevenção de doenças são essenciais na melhoria da assistência à saúde de uma determinada população. Oferecer à população educação em saúde garante que ao longo do tempo essa população esteja desenvolvendo hábitos de vida saudáveis e dessa forma reduzindo a incidência de doenças a exemplo da HAS e DM, bem como de outras morbidades relacionadas ao estilo de vida da população. Todas as ações do HIPERDIA colaboram para que a saúde dos hipertensos/diabéticos seja entendida de uma maneira ampla, abrangendo desde o diagnóstico da patologia até o tratamento adequado e interligando às medidas preventivas necessárias para prevenir complicações e aumentar a expectativa de vida desses usuários.

O contato mais próximo com o usuário, o fortalecimento desse vínculo corrobora para uma maior eficácia das ações preventivas uma vez que o usuário passa a ter maior acessibilidade ao serviço de saúde.

Durante as palestras e consultas individuais enfatizaremos a importância da alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos, cuidado com a higiene bucal para a melhoria do panorama da saúde local.

Engajamento público:

As ações desenvolvidas na intervenção são direcionadas ao público-alvo hipertensos/diabéticos, no entanto a partir do momento que realizamos as palestras para toda a população, distribuímos folhetos educativos a respeito de alimentação saudável e prática de exercícios físicos regulares, enfatizamos durante as consultas

a importância da higiene bucal estamos nos preocupando com a população geral e trabalhando para que essa população seja beneficiada de forma ampla com a intervenção. Ações de educação em saúde servem para captação precoce de usuários com predisposição a desenvolver determinada morbidade e também de alerta para aqueles que não se enquadram nos fatores de risco.

Qualificação da Prática Clínica:

A qualificação profissional será realizada visando atingir o objetivo final da intervenção que se destina a trazer melhorias à saúde de hipertensos/diabéticos da nossa área de abrangência, para tal todas as ações que serão desenvolvidas tanto no âmbito da unidade como no da comunidade visam a implementação eficaz e efetiva do programa HIPERDIA.

Monitoramento e avaliação:

Em todo processo de saúde o usuário figura como peça chave para que o funcionamento se dê de maneira satisfatória. Uma boa estrutura física, profissionais capacitados, insumos suficientes complementam a participação do usuário no processo.

Todos os dados coletados ao longo das semanas da intervenção darão uma ideia de como os usuários se comportaram diante das modificações propostas e instituídas além de nortear o que ainda precisa ser feito para que os resultados sejam positivos também em longo prazo.

2.3.2 Indicadores

Relativas ao objetivo 1:

Meta 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2:

Meta 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 3:

Meta 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador:

Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Relativas ao objetivo 4:

Meta 4: Melhorar o registro das informações

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5:

Meta 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6:

Meta 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador:

Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador:

Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção ao hipertenso e diabético iremos usar como norteador o Manual da Atenção Básica para Hipertensão Arterial Sistêmica e para Diabetes Mellitus do MS.

No município, não é utilizada nenhuma ficha espelho para acompanhar esse grupo da população e iremos utilizar a ficha espelho disponibilizada pelo curso que será anexada ao prontuário individual de cada usuário hipertenso e/ou diabético. Estimamos que sejam cadastrados nesse programa 142 pacientes hipertensos e 35 pacientes diabéticos. No entanto, aqueles que apresentam concomitantemente as duas afecções só serão registrados uma única vez. O gestor local se responsabilizará pela impressão e entrega à Unidade de Saúde da Família do Contador o montante de 300 fichas-espelho.

Os ACS entregarão à médica o nome de todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos de sua área juntamente com o número do prontuário de cada um. Os prontuários serão revisados pela médica juntamente com a enfermeira para avaliar data da última consulta, controle da pressão arterial durante as visitas à unidade de saúde, controle dos exames laboratoriais, medicação utilizada, adesão a medicação. A partir daí os que forem identificados como faltosos, pouca adesão à medicação, exames de rotina atrasados, pressão arterial não controlada terão consulta agendada pelo agente comunitário de saúde imediatamente.

Toda a equipe participará de uma atualização clínica ministrada pela médica para identificação de pessoas com fatores de risco para desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus, com o intuito de identificar casos novos. Essa atualização realizar-se-á na unidade de saúde e todos os equipamentos necessários (data-show, notebook) serão disponibilizados pela secretaria de saúde municipal.

Quinzenalmente reuniões em grupo serão realizadas tendo como população alvo os usuários com hipertensão e/ou diabetes; estes serão separados de acordo com a microárea uma vez que o contingente de usuários é muito grande e na localidade não há um espaço físico que comporte todos.

O atendimento a essa população será realizado semanalmente em dia específico (quintas-feiras). No entanto a demanda espontânea desses pacientes não será alterada, de forma que atendimento à intercorrências acontecerá em qualquer dia da semana.

O monitoramento da ação será realizada semanalmente pela enfermeira e/ou médica e nesse processo será analisada a ficha espelho dos usuários que compareceram à unidade de saúde naquela semana. Os faltosos receberão visita do agente comunitário de saúde e terão consulta agendada para semana seguinte. Ao final do mês todos os dados serão consolidados na planilha de dados.

2.3.4 Cronograma

| Ações/ Semana | S1 | S2 | S3 | S4 | S5 | S6 | S7 | S8 | S9 | S10 | S11 | S12 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| 1. Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre protocolo de hipertensão e diabetes. | x | x | | | | | | | | | | |
| 2. Definição do papel de cada profissional no desenvolvimento do projeto de intervenção. | x | | | | | | | | | | | |
| 3. Capacitação dos ACS para identificação de pessoas em risco para hipertensão e diabetes. | | x | x | | | | | | | | | |
| 4. Palestra para a população a respeito da importância do projeto de intervenção. | | | x | x | x | | | | | | | |
| 5. Cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita. | | | | | x | x | X | | | | | |
| 6. Atendimento clínico de hipertensos e diabéticos | x | x | x | x | x | x | X | x | x | x | x | x |
| 7. Realização do dia D e diabéticos | | | | | | | | x | | | | |
| 8. Busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos | | | | | | | | | x | x | | |
| 9. Monitoramento e avaliação da intervenção | x | x | x | x | x | x | X | x | x | x | x | x |

3 Relatório da intervenção

Finalmente chegamos ao final da intervenção, com certeza o esforço da equipe foi válido e alcançamos nossos objetivos, não foi fácil, mas valeu a pena. Durante o percurso enfrentamos muitas dificuldades e aos poucos essas foram sendo superadas com o empenho e dedicação de todos os profissionais que compõem a equipe da ESF V- Contador.

As reuniões em grupo que programamos foram realizadas na medida do possível, a falta de um espaço físico adequado prejudicou. As reuniões do grupo de HIPERDIA também foram prejudicadas pela falta de um espaço físico.

O cadastramento dos usuários hipertensos/diabéticos foi realizado de maneira satisfatória e conseguimos alcançar nosso objetivo de cadastrar o total de usuários. Houve também melhoria ao longo da intervenção em todos os indicadores de qualidade, vale salientar que o atraso na realização dos exames complementares, bem como na entrega dos exames restringiu de certa forma essa melhora, no entanto não deixou de ocorrer.

Em linhas gerais a intervenção ocorreu de forma satisfatória e com certeza as mudanças são notórias e o projeto implementado foi incorporado a rotina da unidade e será dada continuidade a esse projeto visando melhorar cada vez mais a assistência prestada a hipertensos e diabéticos.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Após 12 semanas de intervenção na saúde dos usuários hipertensos e diabéticos obtivemos dados e informações pertinentes para avaliar o desempenho da equipe, bem como, os indicadores para avaliar os objetivos das atividades implantadas. Seguindo os objetivos contidos no projeto de intervenção, assim como no cronograma de ações vamos aqui tentar avalia-las.

O desenvolvimento da intervenção ela se baseou na necessidade de avaliação desse grupo específico que devido à ausência de dados e registro adequado era difícil realizar e comprovar a eficácia das medidas idealizadas para esse grupo de usuários.

O objetivo geral de nossa intervenção é a melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da do Contador, Poço Branco-RN. Para alcançarmos esse objetivo, desmembramos em objetivos específicos para que conseguíssemos avaliá-los a partir de indicadores que seriam registrados na planilha de coleta de dados.

As ações previstas foram registradas em nosso cronograma de ações onde era possível toda a equipe de saúde acompanhar e questionar as ações que iriam ser realizadas e as que não foram efetivamente realizadas. Conseguimos nessas 12 semanas implantar grande parte das ações planejadas, e dentre elas a principal foi a incorporação do projeto a rotina do funcionamento da USF.

Dentro das ações voltadas para cada objetivo específico iremos expressar a forma e processo pela qual a equipe passou para alcançarmos o êxito ou os motivos pelo qual não foi possível sua realização.

Iniciando pela ampliação da cobertura a hipertensos e/ou diabéticos que se iniciou quando realizamos as reuniões antes da elaboração da intervenção e foi vista a necessidade de trabalhar de forma mais direta com esse grupo de usuários, com controles e acompanhamentos mais rigorosos embasados em literatura atualizada. Após a definição do objetivo foi dado início às atividades de capacitação da equipe para realizar busca ativa, agendamento, organizar demandas e difundir o conceito de saúde de uma forma geral.

O cadastramento dos usuários foi reestimulado, pois muitos ACS possuíam registros pessoais dos seus usuários do HIPERDIA, mas não existiam informações coletivas sobre a nossa área de abrangência. Uma das formas de demonstrar prática do registro dos dados e da sua importância apresentou-se a planilha de coleta de dados e a ficha espelho que serviria de moldes para retirarmos as informações necessárias para avaliar nossas ações.

Essa ação teve como resultado melhorar o registro das informações desses usuários e garantir que indicadores pudessem ser gerados a partir do melhor registro dos dados, além de garantir que esses dados fossem coletados de forma organizada facilitando a coleta de dados para qualquer membro da equipe.

Outro objetivo da ação era garantir a melhoraria da qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos garantindo um atendimento clínico completo, voltado principalmente para as alterações mais comuns que podem evoluir de forma grave, mas que, por alguns momentos, são menosprezadas por grande número de

profissionais de saúde, entra, nessas medidas, a avaliação da sensibilidade dos pés dos pacientes, tanto hipertensos como diabéticos, pensado nas neuropatias e nas doenças vasculares periféricas; avaliação da fundoscopia (sendo necessário encaminhar pela ausência de oftalmoscópio); solicitação de exames laboratoriais específicos e valorizar queixas consideradas vagas: tontura, mal-estar, dormências, falta de apetite e astenia.

A ficha espelho teve fundamental importância nesse aspecto por possuir locais específicos para registrar todas as informações citadas a cima, porque, na ausência de qualquer informação durante o seu preenchimento, o profissional busca extrair mais dados ou realizar alguma parte do exame físico que não havia sido feita adequadamente.

Os atendimentos foram iniciados dentro do tempo estimado pelo cronograma e vem permanecendo na rotina do serviço, as dificuldades que surgiram foram a indisponibilidade de materiais específicos para avaliar sensibilidade (térmica, tátil, dolorosa e vibração), materiais em quantidade insuficiente para realizar glicoteste, esfingnomanômetro único, fita métrica única e elevada demanda de atendimentos.

As medidas antropométricas, medicações da farmácia popular, exame físico específico, exames complementares em dia, avaliação do risco cardiovascular foram os grandes parâmetros que comprovaram a eficácia das ações e a abrangência delas sobre parte dos usuários. Todas essas ações iniciaram em conjunto com o atendimento clínico, sendo realizado sempre no dia destinado ao HIPERDIA e em outros momentos aos quais os usuários compareciam a unidade.

Para garantir uma melhor adesão dos usuários por se tratar de afecções crônicas, a equipe decidiu que no dia destinado ao HIPERDIA os agentes de saúde seriam responsáveis por agendar a consulta daquelas pessoas com hipertensão e diabetes de sua área, garantindo a presença do usuário na unidade.

O mapeamento dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular foi feito de forma simplificada conforme normas do Ministério da Saúde, usando alguns parâmetros clínicos e laboratoriais e pelo escore de Framingham. Esse critério era utilizado para garantir a prioridade e o acompanhamento de usuários com risco para DCV mais elevado.

Sabemos que a prevenção é uma grande arma no combate a HAS e DM, com realização de dietas, exercício físico e controle (em fases ainda iniciais) dos

níveis pressóricos e glicêmicos dos usuários e seus familiares. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos é uma das formas de disseminar informações e métodos para o controle adequado e a prevenção de eventos graves associados a essa patologia.

Quanto às reuniões em grupo, tivemos algumas dificuldades referentes ao número de participantes, ausência dos usuários previamente agendados, problemas com energia, entretanto mediante as adversidades sempre buscávamos outra forma de abordar esse usuário, ou com visitas ou com reagendamento.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Os pontos que obtivemos maior dificuldade das ações programadas e que não ocorreram foram a realização da fundoscopia, pois não existiu incentivo por parte do gestor municipal a garantir esse serviço para população. Além disso, ausência de reuniões efetivas com a gestão municipal, para fazer conhecer a execução do projeto.

Outro problema enfrentando em relação às referências para especialistas não ocorreram como pactuado inicialmente com a gestão municipal, apesar de diversos contatos feitos verbalmente e por email.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Outro ponto referente ao projeto de intervenção é o registro e sistematização dos dados, onde o preenchimento da planilha de coleta de dados gerou dúvidas em algumas situações. Como situação mais comum cito os usuários que possuem ambas as patologias (DM e HAS) onde a orientação seria contar apenas como HAS ou como DM, entretanto quando você observava os indicadores eles não batiam, ficando acima de 100%. Após diálogos com orientadora essa dificuldade foi sanada e obtivemos alguns dados para demonstrar ao término do preenchimento.

Importante observar que grande parte dos nossos indicadores encontra-se com estimativas acima de 80% do esperado, durante cada semana o contingente de usuários avaliados aumenta, se seria nessa semana deveria incluir os hipertensos avaliados. Os indicadores geram reflexões nos pontos de fragilidade almejados. Olhando apenas os números não compreendemos em qual ponto existiram falhas,

mas assim como em todo estudo consideramos aqueles que não retornaram com exames em dia, ou que se recusaram a participar das orientações ou que não compareceram com os exames solicitados e que procuram a unidade apenas para uso da medicação anti-hipertensiva e/ou hipoglicemiantes.

Em todo estudo que correlaciona à teoria e a prática os objetivos desejados são obtidos com maior facilidade na teoria uma vez que não contamos com aqueles usuários que simplesmente não vê na intervenção uma forma de contribuir positivamente para sua saúde. Entretanto, a persistência nas ações obtiveram resultados positivos que trazem satisfação para àqueles que integram nossa equipe multidisciplinar.

Ao final de mais uma unidade estamos com todos os dados e indicadores relativos à intervenção. A planilha encontra-se totalmente preenchida e organização pronta para refletir e avaliar os números sobre os quais iremos trabalhar na próxima unidade.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Após a integração do projeto as atividades práticas, acreditamos que o projeto poderá ser continuado pela UBS. Ao que tange os profissionais e usuários, ambos estão habituados às atividades e percebem a necessidade desse acompanhamento.

À medida que o tempo for passando, acreditamos que a ideia de acompanhamento do HIPERDIA vá sendo disseminada e aproximando cada vez mais este grupo até a unidade de saúde. Ao encontrar uma equipe capacitada, organizada e com gerenciamento dos fluxos e demandas o número de participantes venha a se elevar juntamente com a qualidade do serviço de saúde prestado, garantindo de forma efetiva a melhoria ainda mais abrangente da qualidade da saúde dos usuários no local.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Ao longo de 12 semanas, ações foram realizadas com o objetivo geral de melhorar a saúde de hipertensos e diabéticos adstritos na UBS Contador, Poço Branco/RN.

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos

-Meta: Cadastrar 80% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

1.1- Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

No início do projeto fizemos um levantamento baseado nos registros em prontuário e dos ACS's e chegamos ao número de 178 usuários hipertensos. No início da intervenção o registro destes encontrava-se desatualizado, os prontuários sem informações recentes e os agentes de saúde sem domínio do número total de usuários com tal morbidade. Ao longo do primeiro mês foram cadastrados 30 hipertensos (16,9%); durante o segundo mês chegamos aos valores de 85 hipertensos (47,8%) e ao final da intervenção totalizamos 169 hipertensos (94,9%).

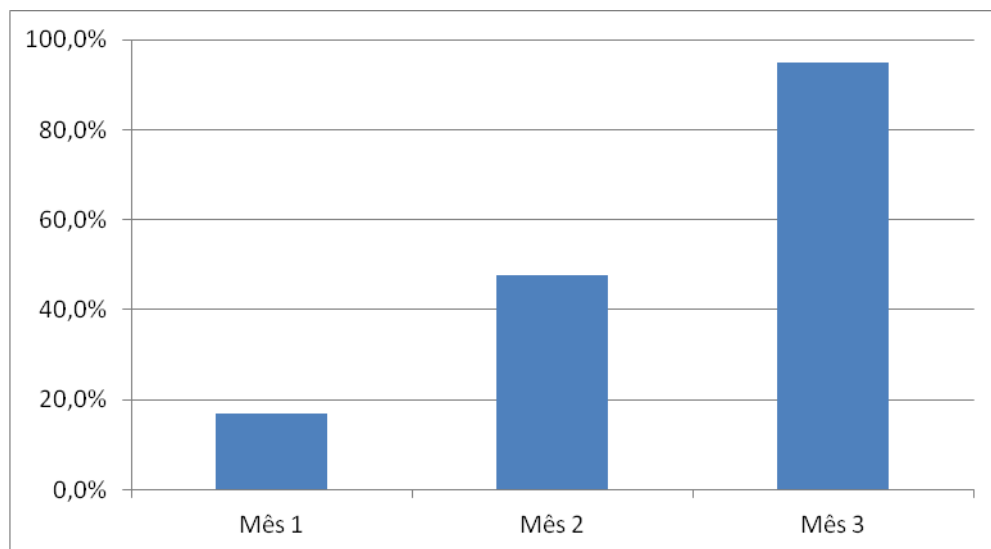


Figura 1:: Cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014.

1.2- Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

A estimativa que fizemos baseada nos registros de prontuários e nos registros dos ACS nos trouxe um número de 44 diabéticos residentes na área adstrita da unidade básica de saúde. Ao final da intervenção chegamos a um número de 48 diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade, isso provavelmente se deve a busca ativa realizada pela equipe e aos encontros realizados que motivou os usuários a buscarem a unidade de saúde.

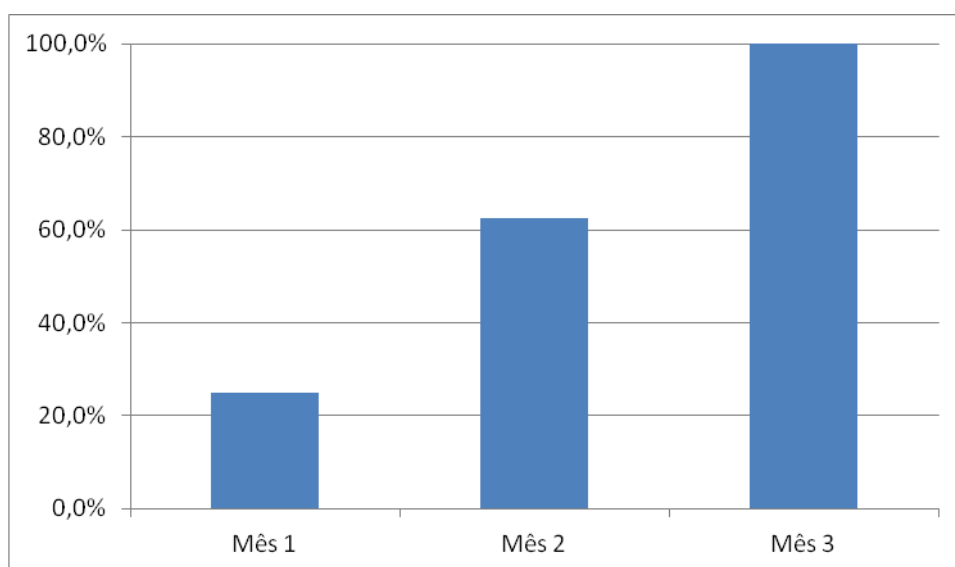


Figura 2: Cobertura do programa de atenção à pessoa com diabetes na unidade de saúde

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014.

Durante a intervenção, as atividades que mais ajudaram no alcance da meta de cobertura foram as reuniões coletivas com palestras e cadastramento de hipertensos/diabéticos e a busca ativa de faltosos e de pessoas com fatores de risco para desenvolvimento dessas duas doenças.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

-Meta: Melhorar a qualidade da atenção a 100% de hipertensos e/ou diabéticos.

2.1-Indicador: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia conforme o protocolo.

Levando em consideração a proporção de hipertensos com exame clínico a meta foi atingida e evolui da seguinte maneira: 83,3% (25 dos 30 usuários) no primeiro mês, 96,5% (82 de 85 usuários) no segundo mês e alcançando a meta de 100% (169 de 169 usuários) no terceiro mês.

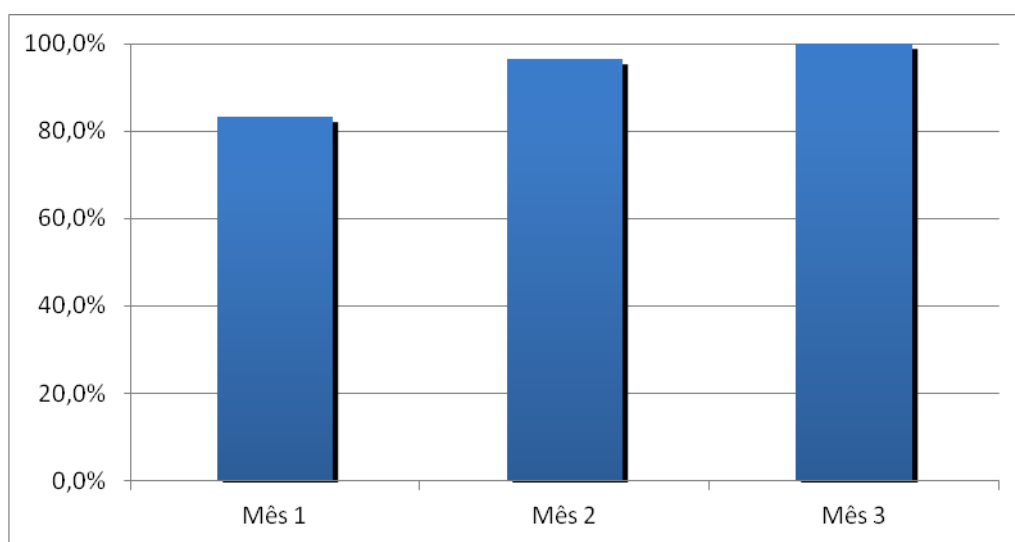


Figura 3: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014.

2.2-Indicador: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia conforme protocolo.

Em relação aos diabéticos também foi atingida a meta de alcançar a proporção de 100% com exame clínico e durante o período de intervenção seguiu da seguinte forma: 75% (9 usuários) no primeiro mês; 96,7% (29 usuários) no segundo mês e 100% (48 usuários) no terceiro mês de intervenção.

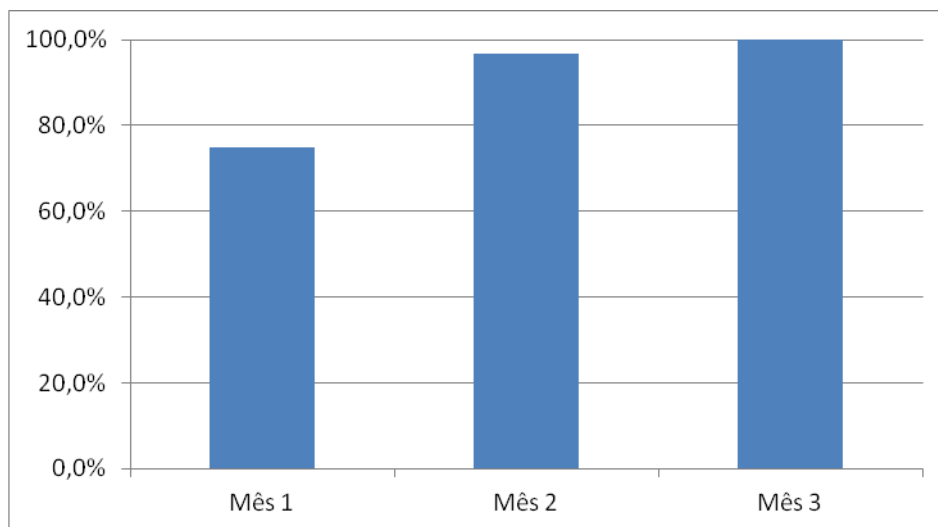


Figura 4: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

Para que essas duas metas fosse atingidas a priorização do atendimento aos hipertensos e diabéticos nas quintas-feiras e a demanda livre para tais usuários nos outros dias da semana foram as ações que mais contribuíram.

Infelizmente não foi alcançada a meta em relação aos exames complementares, apesar de todos os pacientes acompanhados terem tido seus exames solicitados devido à ineficiência da marcação de exames do sistema dificultou o alcance dessa meta.

2.3-Indicador: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.4-Indicador: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Todos os usuários cadastrados no programa e que participaram do projeto de intervenção tiveram priorizada a prescrição de medicamentos disponíveis na farmácia popular, conseguimos isso analisando os prontuários e alterando algumas medicações, na medida do possível, sem que prejudicasse o tratamento dos usuários. A evolução dessa meta ocorreu assim: hipertensos e diabéticos tiveram 100% de suas receitas com medicamentos disponíveis na farmácia popular/hiperdia priorizadas nos três meses da intervenção

2.5-Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico aconteceu da seguinte maneira: no primeiro mês a proporção de hipertensos foi de 86,7, durante o segundo mês houve um incremento e passou a ser 94,1% dos hipertensos e ao final da intervenção alcançou 100%.

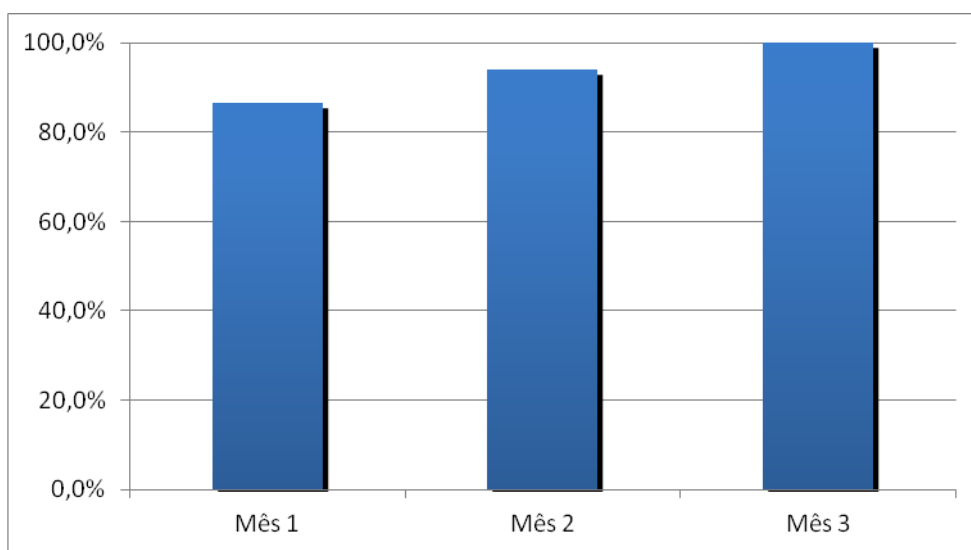


Figura 5: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014.

2.6-Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Para os usuários diabéticos a evolução ao longo da intervenção se deu da seguinte maneira: no primeiro mês 83,3%, no segundo mês passou a ser 93,3%, atingindo 100% ao final da intervenção.

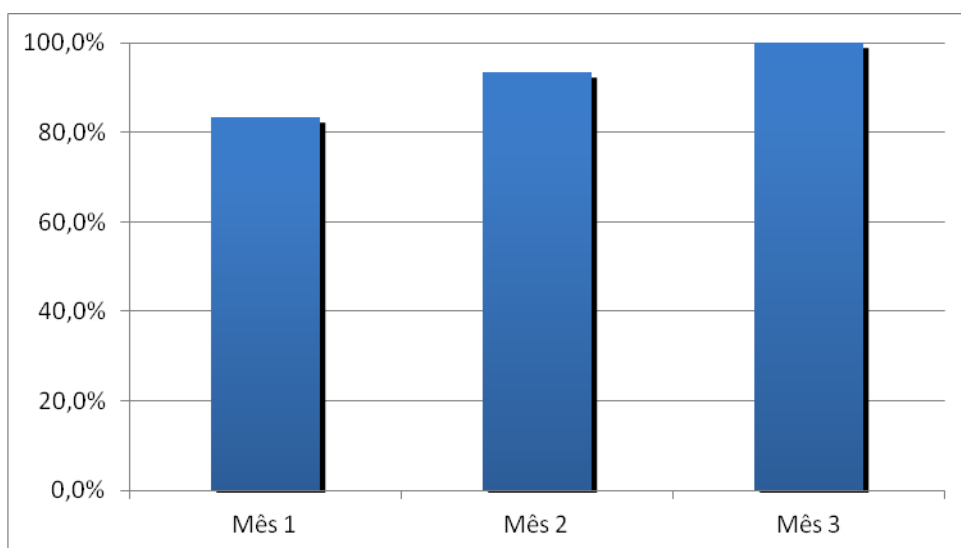


Figura 6: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014.

As ações que mais contribuíram para alcançarmos essas metas foram as consultas semanais e as visitas domiciliares.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

-Meta: Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme periodicidade recomendada

3.1-Indicador: Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.

Para melhorarmos a adesão de hipertensos às consultas o papel dos ACS foi de fundamental importância uma vez que ao identificarmos um faltoso ficava a cargo dos agentes buscarem esse usuário e identificar o motivo da sua ausência à consulta e dessa forma obtivemos sucesso também nessa meta. Para os hipertensos a evolução foi dessa forma: 33,3% no primeiro mês, 80% no segundo mês e 100% no terceiro mês.

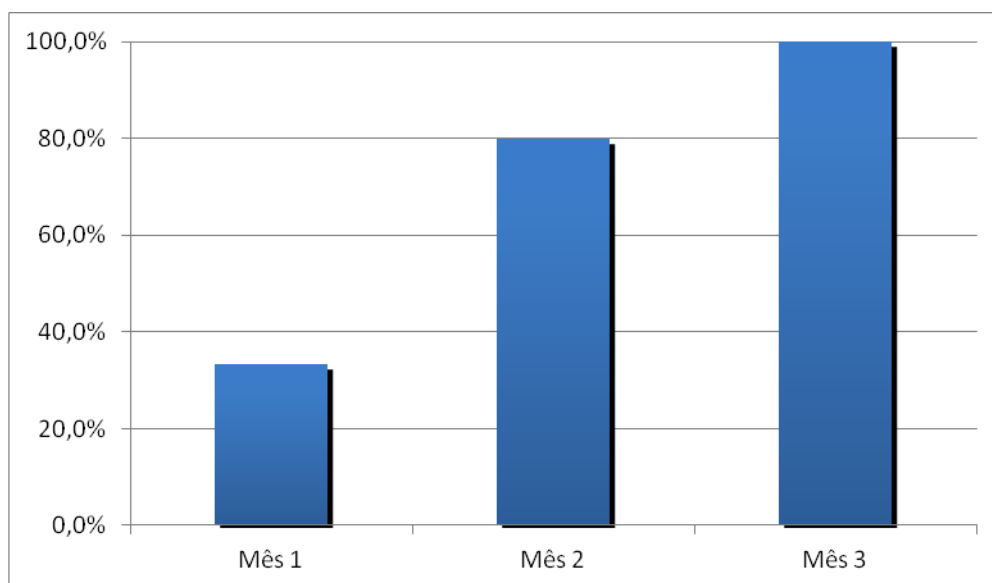


Figura 7: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014.

3.2-Indicador: Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa.

Os ACS também identificavam os diabéticos faltosos da mesma maneira que faziam com os hipertensos e a evolução se deu assim: no primeiro mês foi 50% e no segundo e terceiro mês chegamos a meta de 100%.

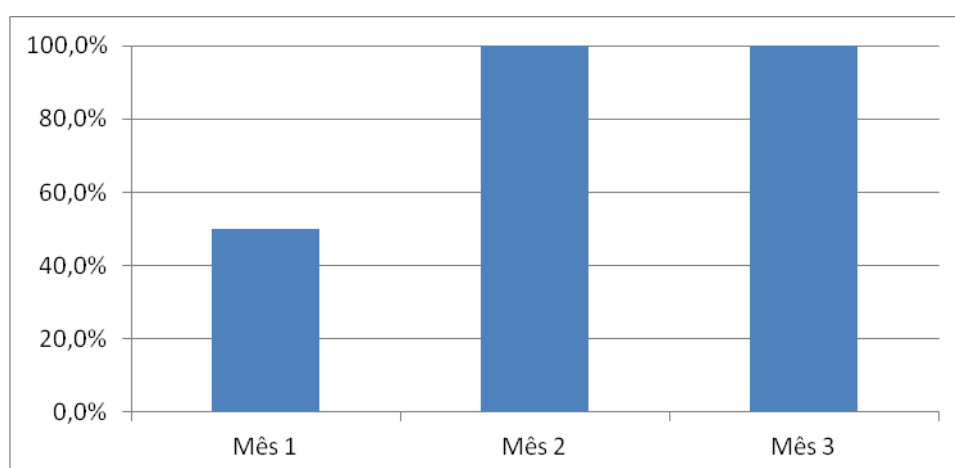


Figura 8: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas com busca ativa.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

-Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

4.1- Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No início da intervenção os registros dos pacientes se limitavam ao prontuário clínico e quando precisávamos coletar alguma informação precisávamos rever todos os prontuários o que demandava muito tempo, com a adoção da ficha espelho facilitou a retirada de informações do prontuário e organizou melhor o seguimento dos usuários hipertensos e diabéticos, dessa forma ao final da intervenção conseguimos que todos os pacientes tivesse um registro adequado de seu acompanhamento.

No mês 1 da intervenção 83,3% dos hipertensos tinham o registro adequado, no mês 2 chegou a 95,3 %, alcançando 100% no mês 3

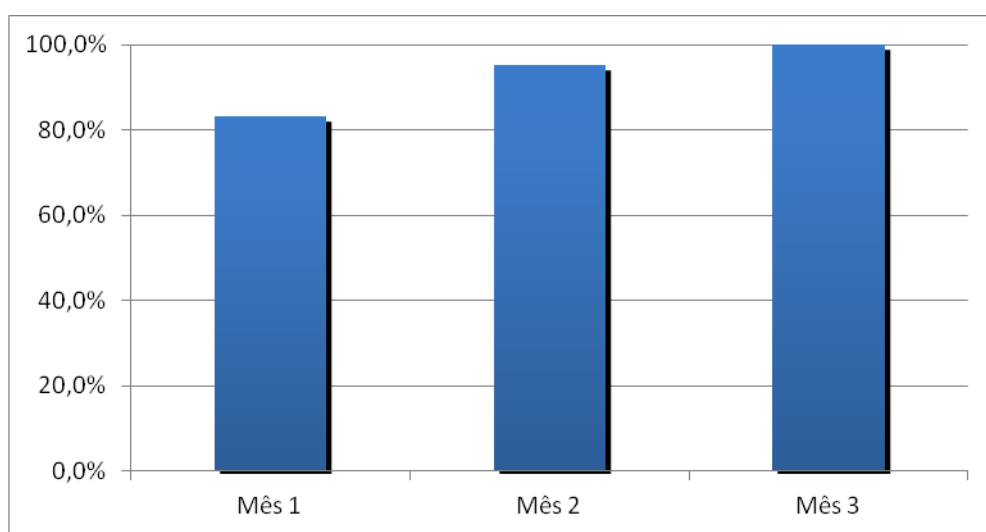


Figura 9: Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014.

4.2-Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Da mesma forma que para os hipertensos, os usuários diabéticos também tiveram anexado ao seu prontuário clínico uma ficha espelho com todas as informações relevantes a respeito do seu acompanhamento para facilitar a retirada de informações necessárias para o seguimento.

Em se tratando dos diabéticos no mês 1 91,7% tinham seu registro adequado e nos meses 2 e 3 alcançamos 100%.

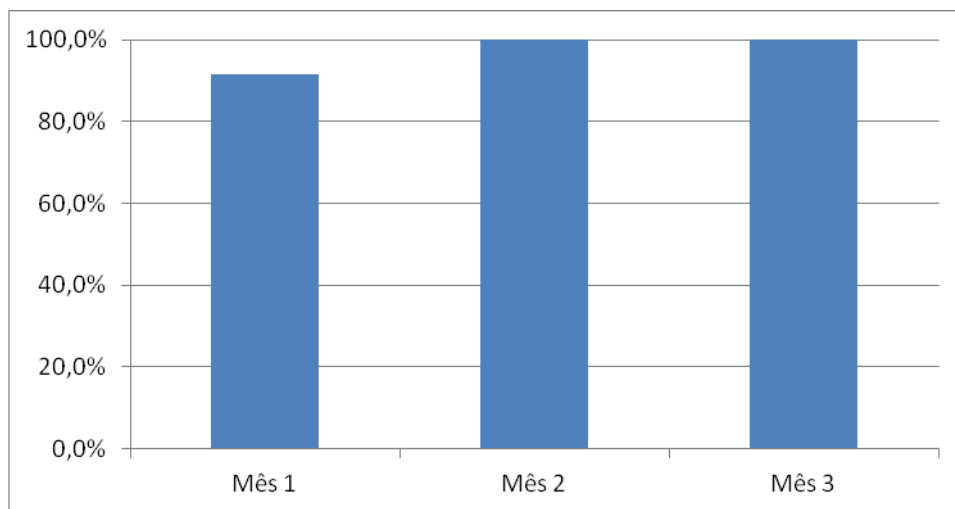


Figura 10: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014.

Relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

5.1-Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

A estratificação do risco cardiovascular não era realizada antes da implementação do projeto de intervenção e o que mais nos ajudou para realizar essa estratificação de maneira satisfatória foram as consultas semanais e o agendamento para pacientes com risco maior. No início da intervenção 36,7% dos hipertensos tinham essa estratificação, na metade da intervenção esse valores subiram para 85,9% e ao final conseguimos a meta de 100% para hipertensos.

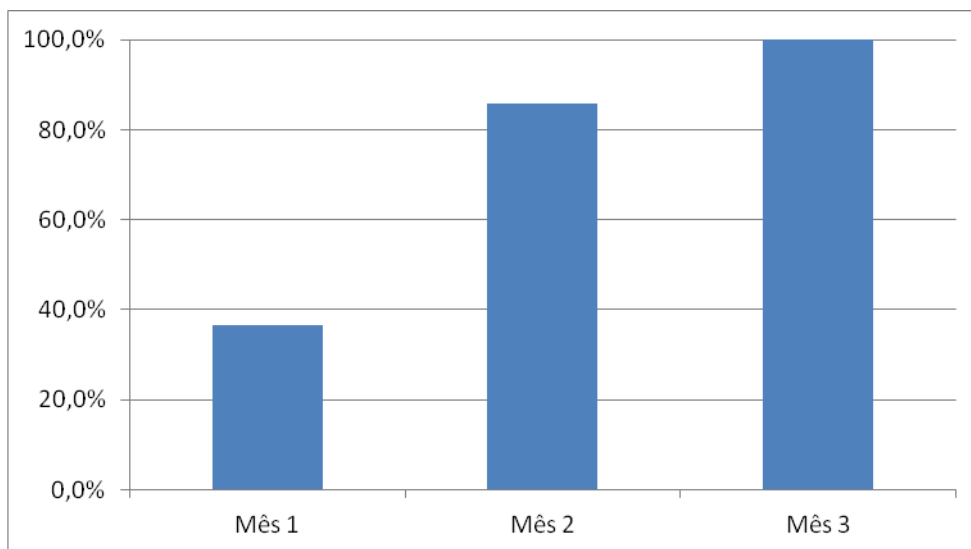


Figura 11: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014.

5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

A evolução da estratificação de risco cardiovascular para os usuários diabéticos ocorreu da seguinte forma: no primeiro mês chegou a 41,7%, no segundo mês alcançou 76,7% e atingindo a meta de 100% no terceiro mês.

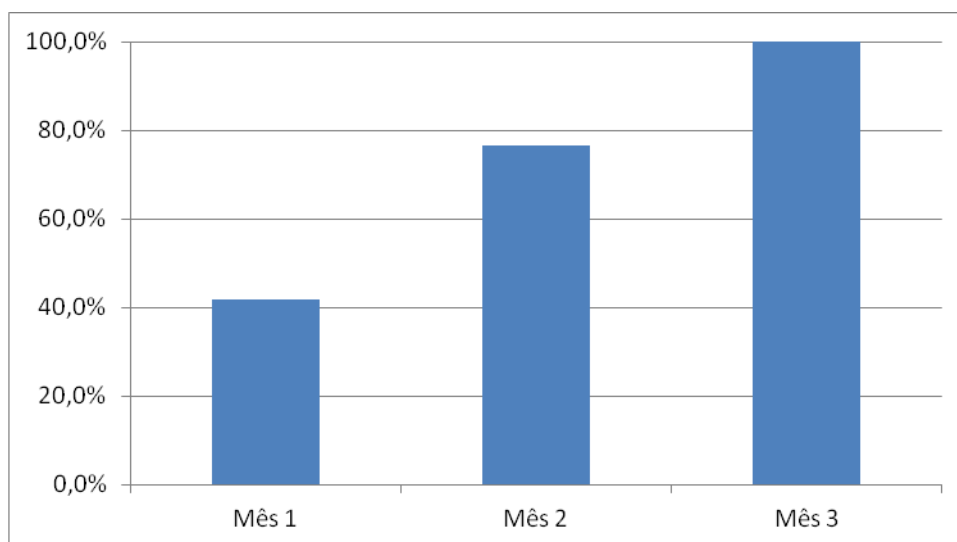


Figura 12: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Durante a intervenção todas as metas relacionadas à promoção da saúde aos hipertensos/diabéticos foram alcançadas e isso deve-se principalmente às reuniões em grupo aliadas ao seguimento clínico desses usuários.

Durante os três meses de intervenção 100% dos participantes do programa receberam orientações a respeito de alimentação saudável e riscos do tabagismo.

6.1-Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Em se tratando da prática regular de atividade física o incremento ao longo dos meses de intervenção ocorreu da seguinte maneira: para os hipertensos no primeiro mês a proporção foi de 83,3%, no segundo mês foi de 94,1% e ao final da intervenção 100%.

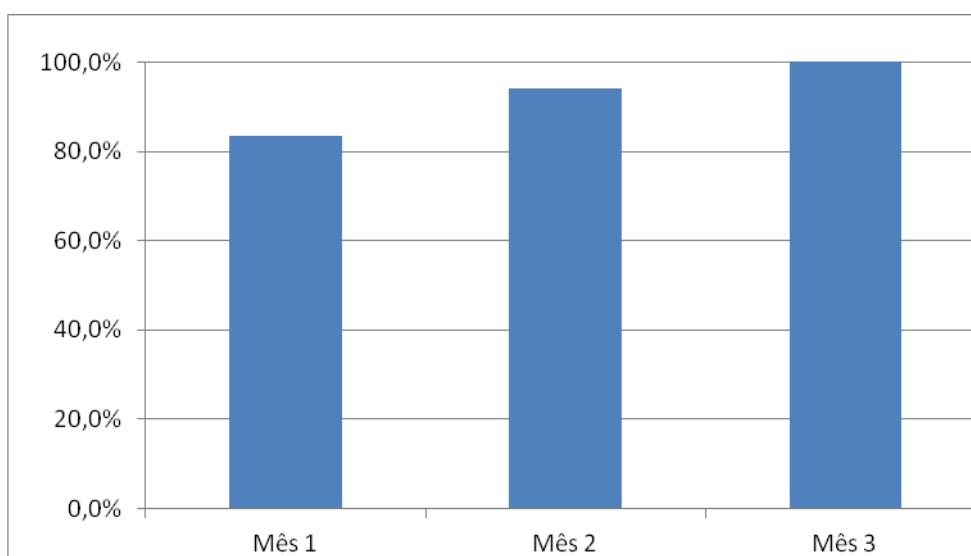


Figura 13: Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014.

6.2-Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Para os diabéticos o mês 1 mostrou uma proporção de 83,3% seguida de 93,3% e finalmente alcançando 100% no terceiro mês.

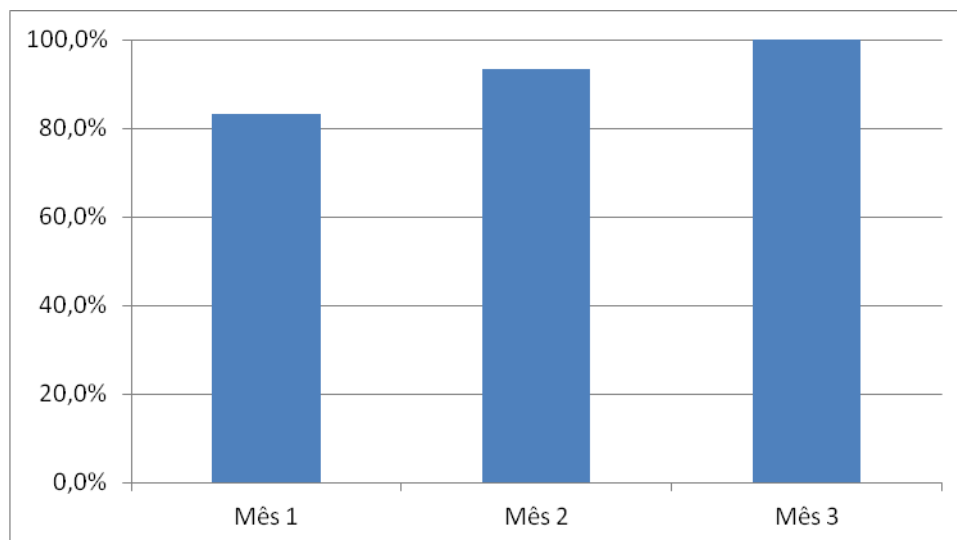


Figura 14: Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

6.3-Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

A evolução ao longo da intervenção se deu da seguinte forma: para os hipertensos no início da intervenção a proporção era de 76,7%, evoluiu para 91,8% e chegando a 100% no último mês de intervenção.

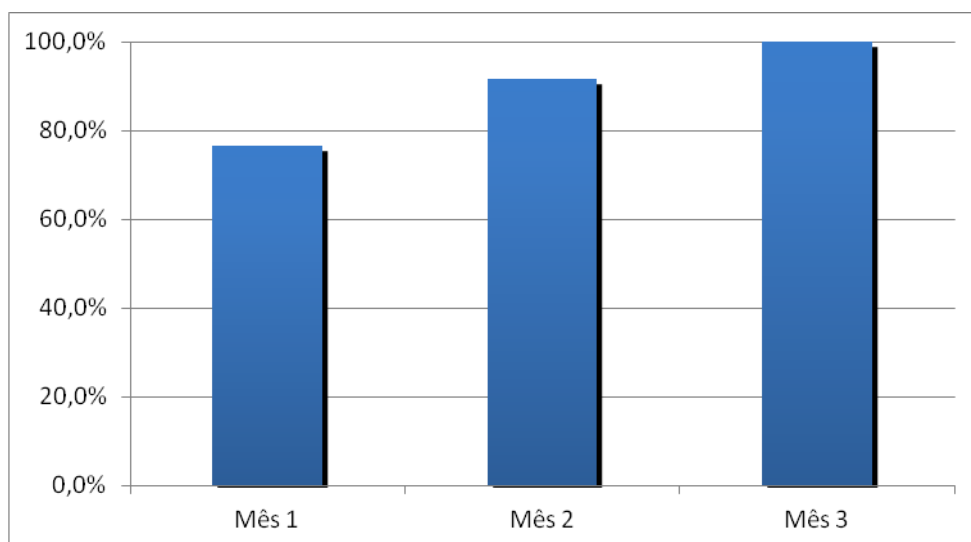


Figura 15: Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014.

6.4-Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Para os diabéticos a proporção inicial era de 91,7%, evoluindo para 96,7% e atingindo 100% ao final da intervenção.

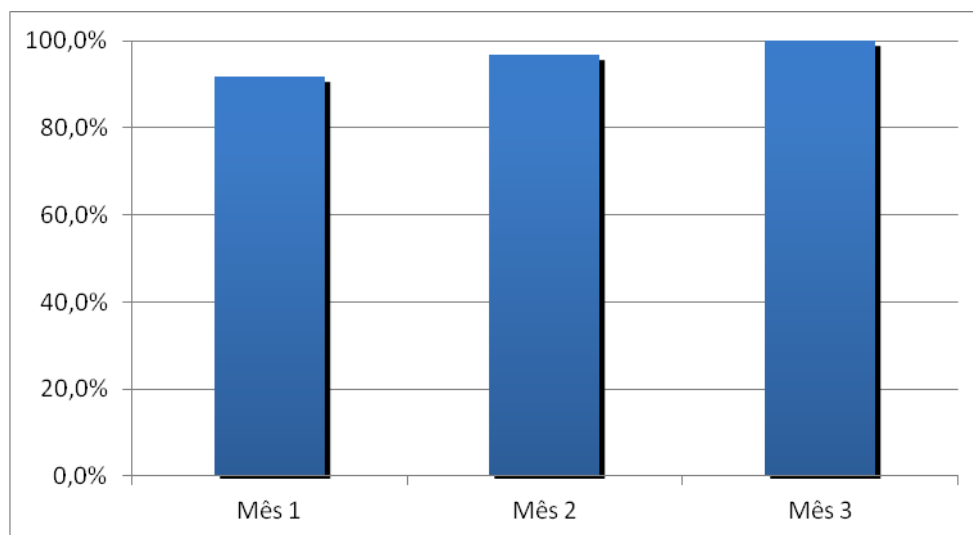


Figura 16: Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014.

4.2 Discussão

Com as ações da intervenção conseguimos melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos. Dentre as melhorias implementadas podemos destacar a ampliação da cobertura aos usuários hipertensos/diabéticos, o aperfeiçoamento no registro e acompanhamento desses usuários. Também houve melhorias na integração da equipe, com melhor divisão e organização de tarefas, além do aperfeiçoamento possibilitado com as discussões em grupo.

O planejamento, desenvolvimento e execução do projeto de intervenção influenciou positivamente a equipe multidisciplinar do ESF-V uma vez que todos os integrantes participaram de forma ativa desde a escolha do tema da intervenção até o desempenhar das ações. Inicialmente realizamos algumas reuniões para elencar prioridades, dar sugestões, envolver a equipe no intuito de melhorar o atendimento a população.

Após isso demos início às capacitações seguindo os manuais do ministério da saúde para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), que nos deram subsídios para que pudéssemos organizar de maneira mais adequada a atenção à saúde dos usuários hipertensos/diabéticos e assim adequamos nosso acolhimento, triagem, agendamento de consultas, demanda espontânea, periodicidade de visitas domiciliares, classificação de risco.

Durante a implementação do projeto de intervenção fomos observando mudanças positivas no que diz respeito à relação com a unidade básica de saúde, anteriormente os usuários tinham uma visão meramente curativa e não pensavam a médio/longo prazo no quesito saúde. Os hipertensos e diabéticos que já eram cadastrados no programa HIPERDIA compareciam ao posto de saúde apenas para renovação de receitas e/ou acompanhamento de exames laboratoriais, começamos a modificar essa visão a partir das palestras educativas onde trazíamos sempre o chamamento da comunidade para ser coautor da sua saúde e participar ativamente da busca por uma melhor qualidade de vida. Outra ação igualmente importante foi o rastreamento de casos potencialmente suspeitos de HAS E DM que propiciou o diagnóstico e tratamento adequado de pacientes que não tinham o hábito de buscar a unidade de saúde.

Temos que ressaltar a implementação do grupo de idosos que apesar de durante a intervenção tenham sido feitas poucas reuniões por falta de espaço físico, nos permitiu ampliar o olhar daquelas pessoas para os problemas de saúde que advém com o avançar da idade, dentre eles a HAS e o DM. Temos como objetivo após intervenção ampliar esse grupo uma vez que observamos um impacto positivo na vida dos participantes.

A cada reunião de equipe e com a alimentação das planilhas fomos percebendo o quão benéficas estavam sendo nossas ações e nosso trabalho e a cada dia isso nos foi motivando para ampliar e melhorar aquele projeto e estender para outros grupos essa melhoria na atenção à saúde.

Dificuldades existiram e não foram poucas, é necessário que a equipe estude alternativas para melhor esclarecer à população em relação à demanda espontânea e à classificação de risco e com certeza iremos levar essa pauta para discussões futuras com a equipe. Aos poucos vamos tentando ajustar o que ainda não é o ideal mas temos a certeza que o fato de termos atingido nossa meta não é sinônimo de

trabalho cumprido e sim de que estamos no caminho certo para melhorar a saúde da comunidade.

4.3 Relatório da intervenção para comunidade

Caros usuários,

Após 12 semanas realizando a intervenção na saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, tentando fazer com que a qualidade dos atendimentos na unidade de saúde do Contador da cidade de Poço Branco/RN melhore, coletamos informações para avaliar a equipe, registramos todos os atendimentos e avaliamos cada usuário.

Nossa ação se baseou na necessidade de atendimento desse grupo, que, devido à ausência de dados e registro adequado era de difícil acompanhamento e como objetivo geral a intervenção tinha a melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos do Contador, Poço Branco-RN.

As ações previstas foram anotadas em nosso cronograma de ações disponível na unidade de saúde para que todos pudessem acompanhar. Conseguimos implementar a maioria das ações planejadas, dentro destas a principal foi a incorporação do projeto de intervenção à rotina do funcionamento da UBS.

Iniciando pelo crescimento da cobertura (número total) de hipertensos e/ou diabéticos que começou quando realizamos as reuniões antes da elaboração da intervenção e foi vista a necessidade de trabalhar de forma mais direta com esse grupo de usuários, com controles e acompanhamentos mais rigorosos. Após definir o objetivo, ela foi reforçada pelo baixo número de registros, iniciou a divulgação do processo e as atividades de habilidades da equipe para realizar busca ativa, agendar consultas, organizar as pessoas que vão a unidade de saúde, seguir fluxogramas e entender um pouco mais sobre as doenças (pressão alta e diabetes).

O cadastramento dos usuários ocorreu através dos registros dos ACS. Outro objetivo da ação era garantir a melhoria da qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, garantindo atendimento clínico completo voltado para as alterações mais comuns que podem evoluir de forma grave

Os atendimentos foram iniciados dessa maneira, dentro do tempo estimado pelo cronograma do curso em conjunto com a equipe de saúde. Esse cronograma ficou fixado na unidade de saúde onde os usuários puderam acompanhar as ações

que iam sendo realizadas a cada semana. Conseguimos, até o momento, englobar essas ações a rotina de serviços da unidade, sendo realmente incorporada nas vivências da população.

Após a integração do projeto de intervenção às atividades práticas, acreditamos que o ele poderá ser incorporado à rotina na UBS pela equipe saúde da família. Ao que tange os profissionais e usuários, ambos estão habituados às atividades e percebem a cada semana a necessidade desse acompanhamento.

À medida que o tempo for passando, acreditamos que a ideia de acompanhamento do HIPERDIA seja ampliada. Espera-se, portanto, que as ações desenvolvidas durante a intervenção sejam incorporadas à rotina da unidade de saúde, com intuito de alcançar 100% de cobertura dessa ação programática.

4.4 Relatório da intervenção para os gestores

Caros gestores,

Durante a intervenção na saúde dos usuários hipertensos e diabéticos obtivemos dados e informações pertinentes para avaliar o desempenho da equipe e os indicadores para avaliar os objetivos das atividades idealmente implantadas. Seguindo os objetivos contidos no projeto de intervenção assim como no cronograma de ações vamos aqui tentar avalia-las.

Antes de iniciar o processo da intervenção efetivamente, realizamos a capacitação da equipe multidisciplinar, abordando as patologias diabetes e hipertensão, de forma ampla desde sua fisiopatologia até o manejo terapêutico. Dessa maneira, já teríamos uma equipe qualificada para atender e compreender o usuário em questão. Ressalto aqui que a equipe do Contador se mostrou bastante aberta a essas atividades de qualificação, ação essa que esperamos ser incentivada sempre.

Como toda intervenção ela se baseou na necessidade de avaliação desse grupo específico de usuários, que devido à ausência de dados e registros adequados tínhamos dificuldade em avaliar e comprovar a eficácia das ações realizadas para este grupo.

O objetivo geral de nossa intervenção é a melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da do Contador, Poço Branco-RN. Para alcançarmos esse

objetivo, desmembramos em objetivos específicos para que conseguíssemos avaliá-los a partir de indicadores que seriam registrados na planilha de coleta de dados.

As ações previstas foram registradas em nosso cronograma do projeto de intervenção para que toda a equipe de saúde pudesse acompanhar e questionar as ações que iriam desenvolver e as que não foram efetivamente realizadas. Conseguimos, nesse período, implantar grande parte das ações almejadas, dentro destas a principal foi a incorporação do projeto de intervenção à rotina do funcionamento da UBS.

Para ampliarmos a cobertura dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, realizamos as reuniões antes da elaboração da intervenção e foi vista a necessidade de trabalhar de forma mais direta com esse grupo de usuários, com controles e acompanhamentos mais rigorosos embasados em literatura atualizada. Após nossa definição do objetivo, essa que foi reforçada pelo baixo número de indicadores, iniciou a divulgação do processo e as atividades de capacitação da equipe para realizar busca ativa, agendamento, organizar demandas, seguir fluxogramas e entender um pouco mais sobre as patologias abordadas que foram realizadas em duas aulas.

O cadastramento dos usuários foi realizado pelos registros pessoais dos ACS, mas não existiam informações coletivas sobre a nossa área de abrangência. Uma forma de tentar demonstrar de forma prática o registro e importância dos dados, apresentamos a planilha de coleta de dados e a ficha espelho que serviria de moldes para retirarmos as informações necessárias para avaliar nossas ações.

Essa ação teve como resultado melhorar os registros desses usuários e garantir que indicadores pudessem ser gerados a partir do melhor registro dos dados, além de possibilitar que esses dados fossem coletados de forma uniforme, sendo assim similar para todos os profissionais da equipe.

Outro objetivo da ação era garantir a melhoria da qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, garantindo um atendimento clínico completo, voltando principalmente para as alterações mais comuns que podem evoluir de forma grave, mas que por alguns momentos são menosprezadas por grande número de profissionais, entra nessas medidas a avaliação da sensibilidade dos pés dos pacientes, tanto hipertensos como diabéticos, pensado nas neuropatias e nas doenças vasculares periféricas; avaliação da fundoscopia (sendo necessário

encaminhar pela ausência de oftalmoscópio); solicitação de exames laboratoriais específicos e valorizar queixas consideradas vagas: tontura, mal-estar, dormências, falta de apetite e astenia.

A ficha espelho teve papel fundamental nesse aspecto, pois nela existem locais específicos para registrar todos os dados, onde na ausência de qualquer informação durante o preenchimento o profissional busca extrair mais dados ou realizar alguma parte do exame físico que não havia sido feita adequadamente.

Os atendimentos foram iniciados dentro do tempo estimado, conforme cronograma, e vem se permanecendo na rotina do serviço, sendo realmente incorporada nas vivências da população. As dificuldades que surgiram foi a indisponibilidades de materiais específicos para avaliar sensibilidade (térmica, tátil, dolorosa e vibração), dificuldade com materiais em quantidade suficiente para realizar glicoteste, esfigmômetro único, fita métrica única e elevada demanda de atendimentos.

As medidas antropométricas, medicações da farmácia popular, exame físico específico, exames complementares em dia, avaliação do risco cardiovascular foram os grandes parâmetros que comprovaram a eficácia das ações e a abrangência delas sobre parte dos usuários. Todas essas ações iniciaram em conjunto com o atendimento clínico, sendo realizado sempre no dia destinado ao HIPERDIA e em outros momentos aos quais os usuários compareciam a unidade.

Conseguimos melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e diabetes ao destinarmos um dia específico para o atendimento desse grupo e a partir daí ser realizado um agendamento prévio pelos ACS.

O mapeamento dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular foi feito de forma simplificada pelas normas do Ministério da Saúde, usando alguns parâmetros clínicos e laboratoriais e pelo escore de Framingham. Esse critério era utilizado para garantir a prioridade e o acompanhamento de usuários com risco para DCV mais elevado.

Sabemos que a prevenção é uma grande arma no combate a HAS e DM, a partir de dietas, exercício físico e controle (em fases ainda iniciais) dos níveis tensionais e glicêmicos dos usuários e seus familiares. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos é uma das formas de disseminar informações e métodos para o controle adequado e a prevenção de eventos graves associados a essa

patologia, eventos esse que é no Brasil a principal causa de óbitos. Nas quintas-feiras, realizamos palestras educativas, diálogos em grupo, lanche coletivo e distribuição de panfletos buscando desenvolver e estimular mais cada usuário ao autocuidado.

Durante palestras educativas tivemos algumas dificuldades referentes ao número de participantes, ausência dos usuários previamente agendados, problemas com energia, cabos dos computadores, férias do agente do dia, entretanto na presença de adversidades sempre implantávamos, outra forma de abordar esse usuário, ou com visitas domiciliares ou com reagendamento.

Os pontos de maior dificuldade das ações programadas e que não ocorreram foi a realização da fundoscopia. Além disso, ausência de reuniões efetivas com a gestão municipal, para fazer conhecer a execução do projeto de intervenção, importante perceber que essa medida ainda pode ser realizada.

Importante observar que a maioria dos indicadores de qualidade encontra-se acima de 80% do esperado, durante cada semana o contingente de usuários avaliados aumenta.

Todas as ações realizadas acima foram fruto do trabalho em equipe e da relação com a gestão pública municipal. Considerando os dados obtidos, percebemos que a intervenção trouxe diversas melhorias, principalmente, de qualidade para os usuários. Reforçamos aqui o trabalho em equipe, com a possibilidade de gestão em saúde mais próxima da unidade a qual facilitaria o processo e o encontro de solução para as barreiras encontradas. Com o passar do tempo, o conhecimento da população sobre o tema será maior e, assim, esperamos melhor repercussão em sua saúde, diminuindo o número de eventos cardiovasculares graves.

A secretária municipal de saúde é mais um elo entre os usuários e o sistema de saúde local, dessa maneira gradativamente esperamos uma maior interação entre nossa equipe e a SMS, com objetivo principal de retornar em melhorias na saúde aos usuários.

Espera-se, portanto, que as ações desenvolvidas durante a intervenção sejam incorporadas à rotina da unidade de saúde, com intuito de alcançar 100% de cobertura dessa ação programática.

5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem

Ao iniciar curso de especialização em saúde da família da UFPEL, entendia o processo de aprendizagem que envolveria o processo de gerir e coordenar a atenção à saúde local. Durante cada semana que se passava ia entrando e compreendendo melhor o universo que envolve a formação de um profissional da atenção básica.

Ao comparar as expectativas iniciais no curso com os resultados alcançados, percebi que a especialização me acrescentou muito mais do que poderia imaginar. Do ponto de vista prático, intelectual, humano e científico, despertou um desejo de aprender, de observar, criar hipóteses.

O auxílio dos orientadores e colegas através dos fóruns e dos diálogos foram ferramentas que aproximaram a realidade de cada especializando com a qual vínhamos presenciando em nossa USF, gerando uma possibilidade de comparar os processos administrativos em cada cenário.

Iniciamos nossos estudos com observação da nossa área de abrangência, levantando as dificuldades, compreendendo o cenário socioeconômico da população, as doenças mais prevalentes e as maiores dificuldades. Entendemos como funcionava nossa USF do ponto de vista profissional e físico, comparando com os modelos idealizados. Esse foi o ponto de partida para entender em qual ponto poderíamos agir realmente sobre a nossa área de abrangência. Esse conhecimento crítico, aliando aspectos práticos e teóricos foi fruto dos diálogos e estudos oriundos da especialização.

Aprendemos de forma conjunta com os demais profissionais a avaliar os pontos falhos na unidade e criamos assim a intervenção sobre a população do HIPERDIA. Perceber que saúde não se faz sozinho foi mais uma bagagem adquirida nesse processo, ter aliados nesse processo, cada um com suas atribuições e deveres é uma forma importante de garantir uma melhor eficácia das ações.

Organizar a intervenção criou um censo crítico e o desejo de estudar as populações de forma a comparar os fatores de risco, a incidência e prevalência de

algumas patologias. A vontade de elaborar projeto é de ampliar o conhecimento foi uma das sementes plantadas pelo curso.

Durante a intervenção, colocamos a prova nossas habilidades a partir dos conhecimentos da qualificação da prática clínica, diálogos com a população e com os profissionais. Atendimentos clínicos, curso de capacitação para equipe, grupos de hipertensos e diabéticos, e palestras educativas foram formas de praticar o que aprendemos. Demonstrar a avaliação das planilhas e acompanhamento do cronograma exigiram bom senso, comprometimento e empenho de cada um da equipe.

Finalmente, considero este curso com avaliação positiva, pois obtive crescimento profissional e pessoal. A bagagem de aprendizados e de conhecimentos após as ações são bem maiores, devido às leituras e as trocas de experiências. Considerando também as relações interpessoais que ocorreram nesse processo só complementaram ainda mais esses aprendizados.

Bibliografia

BRASIL, Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial: Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, 2013

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013 – 2015. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2013;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

Anexos

Anexo 1 – Ficha Espelho (Frente)

[illegible]

Anexo 2 – Ficha Espelho (Verso)



Especialização em
Saúde da Família
de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

[illegible]

Anexo 3– Planilha de Coleta de dados

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Colar

Calibri 11

Fonte

Alinhamento

Número

Formato Condicional

Formatar como Tabela

Estilos de Célula

Inserir

Excluir

Formatar

Células

Classificar e Filtrar

Localizar e Selecionar

Edição

A4

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1


| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M |
|----|---|---|------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|---|--|--|--|---|---|--|
| 1 | Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Dados para Coleta | Número do paciente | Nome do paciente | Idade do paciente | O paciente é hipertenso? | O paciente é diabético? | O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo? | O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo? | O paciente necessita tomar medicamentos? | Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular? | O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico? | O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo? | Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso? |
| 3 | Orientações de preenchimento | de 1 até o total de pacientes cadastrados | Nome | Em anos | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim |
| 4 | | 1 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | 2 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | 3 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | 4 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | 5 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | 6 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | 7 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | 8 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | 9 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | 10 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | 11 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | 12 | | | | | | | | | | | |

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Indicadores

Pronto

60%

Anexo 4 – Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL